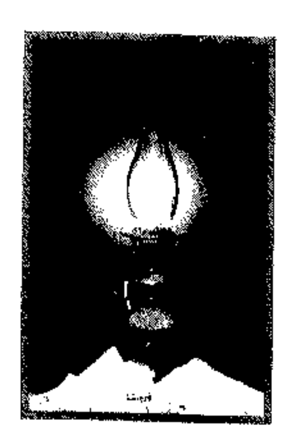


موسوعة كتب

علم النفس الحديث

العلاج السلوكي



الدكتور عبد الرحمن العيسوي

كلية الآداب - جامعة الإسكندرية

دار الراتب الجامعية

DAR EL-RATEB AL-JAMIAH













العلاج السلوكي

في حالات خاصة



الناشر:
دار الراتب الجامعية : بيروت/لبنان
سلاسل سوفنير
ص.ب ٥٢٢٩/١٩ بيروت ـ لبنان
تلكس: Rateb - LE 43917
تلفون: 317169 - 313923 - 862480

1997

العلاج السلوكي في حالات خاصة

* علاج إدمان الخمور والمخدرات
* علاج المجرمين والأحداث الجانحين
* علاج الشذوذ والاضطرابات الجنسية
* اضطرابات الأطفال والمراهقين
* المعوقين والعجزة
* في التربية والتعليم
* في التدريب المهني
* في الأعصبة النفسية
* في الذهانات العقلية
* في المجالات الحربية والعسكرية والشرطية والإدارية

تأليف

عبد الرحمن العيسوي

أستاذ علم النفس بكلية الآداب

بجامعة الإسكندرية ـ مصر

دار الراتب الجامعية

DAR EL-RATEB AL-JAMIAH

بسم الله الرحمن الرحيم

من خير ما نتأسى به من القرآن والسنة

* ﴿إنما الخمر والميسر ولأنصاب والأزلام رجس من عمل الشيطان»

[سورة المائدة/ ٩٠]

* ﴿يسألونك عن الخمر والميسر قل فيهما إثم كبير﴾

[سورة البقرة/ ٢١٩]

* ﴿إنما يريد الشيطان أن يوقع بينكم العداوة والبغضاء في الخمر والميسر﴾

[سورة المادة/ ٩١]

* ﴿بل الإنسان على نفسه بصيرة﴾

[سورة القيامة/ ١٤]

* ﴿هذا بصائر من ربكم وهدى ورحمة لقوم يؤمنون﴾

[سورة الأعراف/ ٢٠٣]

* «كل مسكر خمر، وكل خمر حرام» (رواه مسلم).

* «لعن الله شارب الخمر وبائعها» (رواه أبو داود)

* «المؤمن القوي خير وأحب إلى الله من المؤمن الضعيف، وفي كل خير. احرص على ما ينفعك واستعن بالله ولا تعجز» (رواه البخاري).

تقديم

يسرني أن ألتقي مع القارىء العربي الكريم على صفحات كتابي «العلاج السلوكي». ويجيء الكتاب شارحاً أصول هذا المنهج العلمي الدقيق في علاج الأمراض النفسية والعقلية والاضطرابات السيكوسوماتية والانحرافات السلوكية والعادات السلبية ولا سيما ما يعرف باسم الفوبيات أو المخاوف الشاذة كالخوف من المياه الجارية ومن رؤية الدم والنار. . . ونحن في أمس الحاجة في هذه الأيام على امتداد ربوع وطننا الكبير بأن نعني بصحة الإنسان العقلية والنفسية وأن نحافظ على قواه العقلية قوية وخلاقة ومبدعة ومنتجة ليدلي بدلوه في ملحمة التنمية والإنتاج. والكتاب الذي أتشرف بأنه أضعه بين يدي القارىء الكريم اليوم محاولة متواضعة للخروج من العموميات والمقدمات العامة والنظرية في علم النفس، ذلك العلم الفتي الذي تزداد الحاجة إليه يوماً بعد يوم للخروج من إطار النظر والتنظير إلى مجال العمل والتطبيق والعلاج الفعلي والممارسة الجادة لفنون العلاج النفسي وتقنياته الفنية حتي يتمكن المعالج النفسي من ممارسة مهنته بكفاءة واقتدار ويمتاز هذا المنهج عن سواه بالسرعة في تحقيق الشفاء والتحرر من الأمراض المؤلمة ومن اعتماده على العلم والمنهج العلمي وعلى التجريب ولذلك حرص المؤلف على إيراد المناهج الأخرى المستخدمة في العلاج ليعقد القارىء الكريم ما يشاء من المقارنات. والله أسأل أن يوفقنا جميعاً وأن يسدد خطانا على طريق الخير والصواب.

المؤلف

إهــداء

إلـى جميـع المشتغليـن بعلـم النفـس والمعـالجيـن والمـرشـديـن والأخصـائييـن النفسييـن وإلـى القـارىء العـربـي المحـب للثقـافـة السيكـولـوجيـة وإلـى رجـال الإدارة والعلم والتعليم. . إلى كل هؤلاء أهدي هذا العمل المتواضع لعل فيه بعضاً من النفع.



فصل تمهيدي

علم النفس ودخول المجتمع العربي القرن (٢١)

* أهداف المجتمع.
* إصلاح مسار علم النفس.
* واجبات علم النفس الحديث في ظل الظروف الراهنة والمستقبلية.

التخطيط العلمي المدروس من سمات العلم الحديث، وخاصية من خواص هذا العصر، وسبيل للنجاح والتقدم، وحماية من العفوية أو العشوائية أو التلقائية، وكذلك لا بد وأن تدخل مجتمعاتنا العربية وقد أصبحنا على مشارف القرن الحادي والعشرين، لا بد وأن تدخله أمتنا العربية وقد تسلحت بالعلم والإيمان والنسق القيمي الخلقي الذي يكفل لها أن تجد مكاناً لائقاً تحت الشمس في مجتمع متطور، بل وسريع الخطى في تطوره وتقدمه ونموه. ولعل من أبرز خصائص العصر تلك الديناميه المتلاحقة في الأحداث العالمية والأقليمية والمحلية بكافة جوانبها الاجتماعية والاقتصادية والبشرية والسياسية والعلمية، والسعي الدؤوب والمتلاحق للتقدم والتطور والازدهار.

وإذا كنا نعيش عصر الاهتمام بالثروة البشري، فأننا نعيش أيضاً عصر الانفجار العلمي والمعرفي، فمؤسسات العلم ومعامله ومختبراته تخرج لنا بصورة متلاحقة، كثيراً من المنجزات والاكتشافات والنظريات والحقائق العلمية التي ينبغي أن تجد طريقها ممهداً نحو التطبيق الفوري.

ومع عدم الأخلال بأهمية المعرفة النظرية أو اكتساب العلم لذاته، فإن مجتمعاً كالمجتمع العربي يلهث أنفاسه للحاق بركب حضارة العصر وعبور الفجوة السحيقة التي تفصله عن الدول المتقدمة وتعويض سنون النسيان والاستعمار والبطش الخارجي والتسلط على إرادته ومقدراته، لا بد لنا من الاستفادة من العلم التطبيقي واستثمار العلم ومناهجه ومنجزاته ومكتشفاته وتقنيناته وآلياته بكل قوة مستطاعة في النهوض بحركة المجتمع العربي نحو التقدم والرخاء والاستقرار والأمن السياسي والاجتماعي

والاقتصادي، وفوق كل ذلك «الأمن النفسي». لا بد لنا من استخدام العلم في تغيير شكل الحياة وتطويرها إلى ما هو أقوم وأفضل وأنفع وهو العلم الذي يرتضيه أسلامنا الحنيف. العلم النافع للناس جميعاً.

وعلم النفس واحد من هذه العلوم الناشئة والفتية، تلك العلوم المجتمعية التي يقع في وسعها إسعاد المجتمع أفرادا وجماعات، وتحقيق نموهم وصقل قدراتهم وشخصياتهم وميولهم ومعارفهم وخبراتهم ومهاراتهم ومواهبهم وسماتهم ومشاعرهم واتجاهاتهم وجعلها أكثر إيجابية وفاعلية واقتداراً ورفع معنوياتهم، وعلاج ما يعانون من الصراعات والأزمات والتوترات والمشكلات والأعراض العقلية والنفسية، ومن السلبيات التي باتت تنخر في عظام المجتمع نخر السوس في العظام كالإدمان والإرهاب والجنوح والجريمة والتطوف والعنف، إلى جانب كثير من العادات السيئة كالتواكل والتراخي واللامبالاة والسلبية وعدم تحمل المسؤولية والتسيب الإداري وغيره، والارتشاء والاختلاس والمحسوبية والشللية والوصولية والاستحواذية والجشع والطمع والدس والوقيعة والرياء والنفاق وخاصةً رياء الرؤساء ورجال الإدارة مع ضعف الشعور بالولاء والانتماء، الشعور بفقدان الهوية والذاتية العربية والشعور بالضياع.

ولذلك نطرح على القارىء الكريم تساؤلاً ليعمل فيه خياله وعقله ومشاعره: وهو ما الذي يريده مجتمع يريد أن يسابق الزمن في النمو من علم كعلم النفس الحديث؟

وقبل الإجابة على مثل هذا السؤال في ضوء ما تجود به قريحة كاتب هذه السطور، على تواضعها، لا بد من التعرف على الأهداف المنشودة لمجتمعاتنا العربية على امتدادها من المحيط إلى الخليج. ما الذي يريده أبناء المجتمعات العربية في المستقبل القريب والبعيد؟ ما الذي نطمح إليه ونصبو؟ ما هي الصورة التي نريد أن نراها وقد تحققت في مجتمعنا العربي الكبير وفي كافة مجتمعاتنا الصغرى؟

أهداف المجتمع

وتلخص في مثل هذا التصور:

١ ـ تدعيم الوحدة الوطنية داخلياً واجتماعياً، وتحقيق الوئام والانسجام بين طوائف المجتمع من ناحية وبين المجتمعات العربية قاطبة لإيجاد شكل سليم ودائم من التضامن والتعاون والتوحد والتساند والتكافل بين المجتمعات العربية، وتحقيق العدالة الاجتماعية لتحقيق مزيد من الوحدة والاتحاد والتماسك الاجتماعي بالقضاء على الفوارق الشاسعة بين أفراد المجتمع الواحد.

٢ ـ تدعيم النظم والفلسفة الديمقراطية قولاً وفعلاً ونظراً وعملاً، وتوسيع قاعدتها بحيث تصبح فلسفة حياة أو أسلوب للبحاة أو نمط من أنماط حياة المجتمع، تتغلغل، في شتى ربوعه من القرى والنجوع إلى المدن الكبرى، في المصنع والديوان والمنزل والمتجر، في الأسرة والمدرسة والجامعة والمعهد. في كل مرافق الحياة يسود فيها الحوار والشورى وتبادل الرأي والخبرة والأخذ بما هو أفضل وأعم خيراً وسلاماً للمجتمع بكافة أفراده.

٣ ـ صيانة وحماية وحراسة المكاسب والانتصارات التي حققتها إرادة النضال القومي والوطني في كافة البلدان العربية وخاصةً الاستقلال وتحقيق السيادة والتخلص من التبعية السياسية والعسكرية والاقتصادية، وبناء الشخصية المجتمعية العربية الناضجة والمستقلة والقادرة على أن تجد لنفسها مكاناً مرموقاً تحت الشمس في هذا العالم المتماوج.

٤ ـ تحقيق الرخاء والرفاهية والتقدم والازدهار الاقتصادي والاجتماعي والعلمي

والتربوي والثقافي ونشر الوعي البيئي السليم. وتوفير الحياة الكريمة لأبناء المجتمع، والاهتمام بمشاريع التنمية الشاملة الاجتماعية والاقتصادية والزراعية والسياحية والصناعية، وفوق كل ذلك «التنمية البشرية». تنمية العنصر البشري الذي هو أغلى وأهم وأثمن العناصر جميعاً. تنمية الإنسان الذي كرمه الله تعالى حياً وميتاً. وأسند إليه خلافته في الأرض لتعميرها وازدهارها.

٥ ـ بناء قوات عسكرية قوية تصون السلام وتحرسه وتدعمه.. ذلك لأنه لا بد للسلام، لكي يدوم ويسود، من أن تسانده وتحرسه القوة الشرعية العسكرية للأوطان العربية.

٦ ـ يحتل غزو الصحراء وتعميرها واستزراعها وتحويلها إلى بقعة خضراء مكان الصدارة في المجتمع العربي، بل هو أمر حتمي تقتضيه ضرورة التصدي لمشاكل الانفجار السكاني والرغبة في سد احتياجات الناس المتزايدة وتحقيق الاكتفاء الذاتي وإيجاد فرص للعمالة المتزايدة. فلا بد من استقطاع أجزاء كبيرة من جوف الصحراء وضمها للمساحة الخضراء. وليس من المقبول أن نهتم بالصناعة دون الزراعة.

إذا كانت هذه صورة من صور ما يطمح إليه الرجل العادي في المجتمع العربي في الوقت الراهن، فكيف السبيل إلى تحقيق هذه الأهداف؟ وما هو دور الفرد والجماعة أو الدولة في تحقيق هذه الأهداف؟ وما هو دور العلم، وبصفة خاصة في حدود هذا المقال، علم النفس الحديث في تحقيق هذه الأهداف؟

بداية لا بد من إسهام كل فرد من أفراد المجتمع، كل حسب قدراته وإمكاناته وطاقته وخبرته، في خير .المجتمع وتحقيق رفاهته ونموه وازدهاره ووضع هذه الأهداف في موضوع النفاذ المعجل فيد الله مع الجماعة.

إصلاح مسار علم النفس في المجتمع العربي

ولكي يتمكن علم النفس من آداء رسالته على أطيب الوجوه وأفضلها في حياة المجتمع العربي، لا بد من دعمه هو ليقوى على تحمل هذه المسؤولية الضخمة، التي تزداد يوماً بعد يوم، مع تعقد الحياة الحديثة وتشابكها وصعوبتها، وازدياد حدة المنافسة فيها، وارتفاع مستويات الطموح لدى الكثرة الغالبة من الشباب بما يفوق مستوى اقتدارهم الفعلي، وكثرة المشاحنات الدولية والأقليمية والمحلية، والتهديد بالحروب الطاحنة، وزيادة الضغوط والتوترات والصراعات في الحياة العصرية. وضعف سلطان الأسرة وقلة رقابتها واشتغال المرأة. إلى جانب الرغبة الملحة الشعبية لدى كل فرد لكي ينمو ويتقدم ويزدهر ويعيش حياة أفضل ويكفل لأبنائه غداً رغد. لا بد لعلم النفس من الدعم، ذلك الدعم الذي يتمثل في ضرورة إيجاد «علم نفس عربي» تنبع أبحاثه ودراساته ونتائجه ونظرياته من الواقع العربي. ولا يكفي أن نعتمد على النقل من الخارج، فللمجتمع العربي خصوصياته الفريدة، وللشخصية العربية سماتها وتاريخها وثقافتها واتجاهاتها وميولها، ولا بد أن يتناولها علم النفس العربي بالدراسة والفحص والتمحيص. ولكي نضمن التنسيق والتعاون بين مختلف الجهود السيكولوجية في شتى ربوع الوطن العربي، لا بد من الدعوة لإنشاء مجلس أعلى للبحوث والدراسات السيكولوجية، على مستوى العالم العربي كله، إضافة إلى تكوين إتحاد عربي عام للجمعيات النفسية العربية. ومن بين الأمور التي تكفل حسن التواصل بين المشتغلين بعلم النفس في العالم العربي ضرورة العمل على توحيد المصطلحات العربية المقابلة لفنيات هذا العلم الناشيء الفتي، وإلى جانب ذلك لا بد من ازدهار حركة الترجمة والنشر والتأليف لأمهات الكتب العالمية لتكوين رصيد غني في المكتبة

العربية، إلى جانب القيام بحركة تصميم الإختبارات والمقاييس وأدوات القياس والتقويم النفسي والتربوي والاجتماعي، على أسس علمية وإحصائية سليمة وبالتطبيق على عينات من المجتمع العربي ضماناً لمصداقية الاختبارات وثباتها وشرعية تطبيقها على البيئات العربية.

وفي ضوء انتشار الاضطرابات النفسية، لا بد من التوسع في إنشاء أقسام علم النفس بالكليات والجامعات المختلفة، والتوسع في إنشاء المعامل والمختبرات وعيادات الطب النفسي والنهوض بالدراسات النفسية وإقرارها على جميع طلاب الدراسات العملية والنظرية، وتوفير المعامل والمختبرات المجهزة تجهيزاً جيداً، وتشجيع حركة التأليف والنشر أثراء للمكتبة العربية. ويلزم لذلك النهوض بأساتذة علم النفس في الجامعات المصرية واتاحة الفرصة أمامهم لإجراء البحوث والدراسات والسفر للخارج للإطلاع على أحدث ما توصل إليه العلم وتزويدهم بالكتب والمراجع والدوريات العالمية.

والمتأمل في معظم البحوث الميدانية التي تجري على الساحة العربية ونقول «معظم» ولا نقول «كل» إحقاقاً للحق، تدور في فلك جامد جاف وتكاد تكون عديمة الموضوع أو قليلة النفع التطبيقي والأثر المجتمعي، بل أصبح يغلب على منهجها «الحرفية» و «الآلية» في الاعتماد الكلي على الحاسوب، منذ البحث في طياته ليقدم كمادة جاهزة الدراسات السابقة في الموضوع بصورة مقتضبة ومخلة بالمعنى والدلالة، ثم يعود الباحث إلى ذلك الحاسوب ليدس فيه أرقامه فيخرجها له في لمح البصر في شكل جداول وأرقام وقيم قلما يفهم الباحث معناها ومغزاها ومدلولها النفسي والتربوي والخلقي والاجتماعي، وإنما يجد نفسه أمام كم هائل من الأرقام الصماء العمياء فيضعها على الورق كما هي دون أن يدرك حتى الطرق إلتي توصل الباحث إلى حسابها أو استخراجها، ومما يزيد الطين بلة إن معظم هذه البحوث على «آليتها وحرفيتها وميكانيكتها» هذه تعتمد على منهج جاف وصامت وأصم وقليل أو عديم المنفعة التطبيقية وهو منهج «التحليل العاملي» وهو منهج كان سائداً في أمريكا وأوروبا منذ أكثر من سبعين عاماً. وقلت جدوته، ولكننا ما زلنا نقدس الإحصاء الجامد الأصم. وكثيراً ما نرى باحثاً قد جهد نفسه وطبق هذا المنهج لا لشيء سوى

ليثبت أن «قدرة» معينة أو سمة تتكون من عدة عناصر أو عوامل فرعية أو مستقلة، وما يلبث أن يظهر باحث آخر ليجهد نفسه ليثبت عكس ذلك تماماً أي إن هذه القدرة ذاتها واحدة وليست عدة قدرات فرعية وهكذا، غاب الوعي السيكولوجي والبصيرة السيكولوجية والفهم المهني لمشاكل النفس وأمراضها واضطراباتها وطموحاتها ودوافعها وأسرارها وخباياها وأغوارها وتفاعلاتها وديناميكتها وعمقها. ضاعت في خضم الأرقام الصماء والتطبيق الآلي لتقنيات الإحصاء ومهاراته.

لا بد لعلم النفس من تعديل مساره البحثي، وإن ينتهج النهج العربي والإسلامي توجيهاً وتأصيلاً وترسيخاً لقيم الإسلام الحنيف في الحق والخير والفضيلة والتعفف والبر والإحسان والتقوى والورع والخشوع والوطنية والانتماء.

وفي هذا الإطار يلزم أن تنشأ نقابة تضم جميع المشتغلين بعلم النفس، شأنها في ذلك شأن نقابة الأطباء والصيادلة والمحامين والمهندسين ومن إليهم، ترعى مصالحهم وتصون حقوقهم وتعلى من شأن المهنة وتساعدها على آداء رسالتها في خدمة المجتمع وأبنائه.

وإذا ما تحقق هذا النهوض الشمولي بعلم النفس وأصحابه وتم تحقيق الأمل العريض في تعيين أخصائي نفسي في كل مصنع وفي كل مدرسة وفي كل مؤسسة تجارية أو عمالية وفي كل نادٍ من الأندية ليقدم الرعاية النفسية والخدمات النفسية: وقاية وعلاجاً وبحثاً. في ظل هذا التصور الطامح يمكن لعلم النفس أن يقوم بالواجبات الآتية:

واجبات علم النفس الحديث
في ظل الظروف الراهنة والمستقبلية

١ ـ تدعيم دوره في الصناعة العربية الناهضة بإجراء البحوث والدراسات الميدانية على عمليات تحليل الأعمال والهندسة البشرية ودراسة الحركة والزمن والتوجيه والاختيار والتدريب والتأهيل والإرشاد المهني، وبسط العلاقات الإنسانية، ورفع معنويات العاملين، وحل مشاكلهم النفسة، ووضع الرجل المناسب في المكان المناسب.

٢ ـ تدعيم دوره في المستشفيات العامة، بإنشاء قسم للأمراض النفسية في كل مستشفى عام. والتوسع في الخدمات النفسية في العيادات النفسية والمؤسسات والإصلاحيات والسجون ومراكز رعاية الأمومة والطفولة ووحدات رعاية الأحداث.

٣ ـ تدعيم دوره في معارك التنمية الاقتصادية والصناعية والزراعية والتجارية والسياحية والثقافية والعلمية والتربوية، التنمية الشاملة، وخاصة التنمية البشرية، وتوفير فرص تطبيق المنهج العلمي والأخلاقي على مشروعات التنمية، فضلاً عن تربية الفرد وتكوينه وتنشئته وإعداده وتأهيله تأهيلاً نفسياً وعقلياً صالحاً وسوياً ومتكيفاً ومتحرراً من الأزمات النفسية والصراعات الداخلية الشعورية واللاشعورية وتحريره من مشاعر الغل والحقد والحسد والغيرة والانتقام والعدوان والكراهية.

٤ ـ تدعيم دوره في مجال التربية والتعليم، بحيث تحقق الجهود التربوية أقصى ما يمكن من الكفاءة والفاعلية وتعطى أعظم عائد أو مردود تربوي مرغوب فيه، وذلك

من خلال تقنيات القياس والتقويم والتوجيه والإرشاد والعلاج، ووضع الطالب المناسب في مكانه المناسب، وتدعيم الإدارة الإنسانية والديمقراطية في حقل إنساني.. وهو حقل التعليم والأسهام في بحوث تطوير المناهج والمقررات الدراسية وغربلتها من الشوائب والزوائد والحشو واللغو، وإعداد المعلم نفسياً وتربوياً وعلمياً وإخلاقياً ودينياً. وتسهيل مهمة الدولة في التوسع في قاعدة التعليم ومحو الأمية وتحسين جودته ونوعيته بحيث تسهم التربية في تكوين المواطن الصالح والسوي مع إعادة النظر في إلغاء السنة السادسة من عمر المرحلة الأساسية دون مبرر.

٥ ـ تدعيم دورة في خلق طفولة سعيدة ومراهقة متكيفة وشباب سوي، بنشر الوعي السيكولوجي الصائب في التعامل مع النشء والأجيال الصاعدة، وحماية الطفولة والمراهقة من الاضطرابات والانفعالات الحادة وخبرات الفشل والإحباط والصد والزجر والحرمان والجوع العاطفي وفقدان الرعاية والإشراف والتوجيه الصائب.

٦ ـ تدعيم دوره في مجال الأمومة، والعمل على حل مشاكل الأمومة وخاصةً مشاكل الأم العاملة، وتوفير الرعاية النفسية الجيدة في دور الحضانة، وتعميم إنشائها، وتزويدها بأرباب المؤهلات التربوية العليا. وعن طريق توفير التوجيه والإرشاد والعلاج وإجراء البحوث في مجال الأسرة والطفولة والمراهقة.

٧ ـ تدعيم دوره في النشاط السياسي والحزبي والدبلوماسي والنقابي حيث تؤثر العوامل السيكولوجية تأثيراً كبيراً في صدور القرارات السياسية والاقتصادية والاجتماعية، حتى قرارات الحرب والسلام تكمن ورائها عوامل نفسية قوية في داخل نفسية مصدرها، ولذلك تأتي منطبعة بطابع شخصية مصدرها. ومهما كان هناك من مؤسسات، فإن هذه المؤسسات نفسها، بحكم كونها مكونة من بشر، لا بد وأن تتأثر بعوامل سيكولوجية، ولذلك يلاحظ أن قرارات الشخص الدكتاتوري الفردي تختلف عن قرارات الشخص الديمقراطي، وكذلك قرارات أرباب الفلسفة النازية والفاشستية والشيوعية والرأسمالية. وكما تتأثر القرارات السياسية بسمات مصدرها ونفسيته، تؤثر هذه القرارات في نفسية من تصدر إليهم لصالحهم أو ضدهم. ولذلك المأمول أن يكون هناك مستشارون نفسيون يدرسون الأوضاع قبل صدور القرار، وأثناء صدوره، ويعد صدوره ضماناً لإيجابية اتجاهات الرأي العام. وينطبق ذلك مع كافة الأنشطة

الحزبية والنقابية والمؤسسات السياسية والنيابية، ولذلك المأمول أن يكون هناك مستشار نفسي في مجالس الشوري والشعب والنواب. وليس غريباً أن يفرد علم النفس الحديث أحد فروعه لدراسة علم النفس السياسي إلى جانب علم النفس التجاري والاقتصادي والهندسي والعمراني والقضائي والقانوني وعلم نفس البيئة.

٨ ـ تدعيم دوره في النشاط العسكري والاستفادة من منجزات ومكتشفات علم النفس العسكري ومحاولاته وضع الرجل المناسب في مكانه المناسب، ورفع الروح المعنوية للجند، وحل مشاكلهم وعلاج أمراضهم النفسية، واتقان عمليات التموية للمنشآت والأسلحة العسكرية وحمايتها من التدمير، والقيام بعمليات الحرب النفسية دفاعاً وهجوماً.

٩ ـ تدعيم دوره في مجال القضاء والقانون والتحقيقات الجنائية وضرورة توفير تقارير سيكولوجية عن بعض حالات القضايا التي يبدو فيها أثر العوامل النفسية في ارتكاب الجرائم مثلاً ومدى إمكانية الإعفاء من المسؤولية الجنائية.. فبعض المذنبين من مرضى الذهان العقلي الذين ارتكبوا الفعل المؤثم وهم في حالة انعدام الوعي أو الإدراك تجعلهم لا يميزون بين الخطأ والصواب. ويتدخل علم النفس في مجرى التحقيقات والاستجوابات للتحقق من مدى صدق شهادة شهود العيان وعدم خضوعها لعوامل التحريف الشعوري أو اللاشعوري وأثر الذاكرة والنسيان في استرجاع الشهادة وما إلى ذلك.

وهكذا يجب أن يتغلغل علم النفس في كافة مجالات الحياة العصرية السوية منها والمرضية، بقصد الارتفاع بمستوى الحياة وتحقيق مزيد من السعادة والرفاهية لأكبر قدر من أبناء المجتمع وترشيد سلوكهم وحمايتهم من العبث واللهو والتطرف والجنوح والانحراف والجريمة والسقوط في بئر الإدمان والعدوان والإرهاب وغير ذلك من الأمراض العلل، وتوجيه طاقة الفرد نحو الخير والنفع والإبداع والخلق والتفاني في سبيل خدمة المجتمع والنهوض به والدفاع عنه والشعور بالإنتماء إليه والتوحد المطلق وإياه.



الفصل الثاني

حقوق المواطن في الرعاية الطبية النفسية ـ وقاية وعلاجا

* مقدمة
* ضرورات توفير الرعاية النفسية الطبية
* العوامل التي تزيد من أهمية الصحة النفسية والعقلية وضرورة الاهتمام بها

مقدمـــة

صحة الإنسان العقلية أو النفسية لا تقل أهمية عن صحته الجسمية: بل إننا إذا عرفنا أن عقل الإنسان هو هبة الله للإنسان تلك الهبة التي تميزه وتفرده عن سائر المخلوقات، لعلمنا أن الاهتمام بعقل الإنسان أكثر أهمية من الناحية النسبية عن جسده. ذلك لأن الإنسان إذا ما فقد عقله تحول إلى ما يشبه الحيوان بل إلى ما هو أكثر تعاسة وشقاء من الحيوانات والدواب[1]. وللأسف الشديد تكشف زيارة واحدة لواحدة من مستشفيات الطب العقلي المتدنية المستوى عن هذه المأساة المُرة. حيث يعيش المرضى ويعاملون دون المستوى الآدمي بل والحيواني أيضاً. ولا يقتصر الموقف المأساوي لمريض العقل وحده بل تتجاوزه التعاسة والبؤس والشقاء والعناء إلى أسرته وأقاربه ومن ثم المجتمع برمته.

ولا يُفهم من ذلك أن الصحة البدنية قليلة الأهمية، وإنما الحقيقة كلاهما أمرهام وحيوي وخطير وجدير بتوفير الرعاية علاجاً ووقاية وتثقيفاً للإنسان ككل المكون من وحدة نفسية وعقلية وجسمية[2] واجتماعية وخلقية وفكرية. تلك الوحدة المتكاملة والمتفاعلة أي التي يؤثر بعضها في بعض.

ولا شك أن هناك دواعٍ وضرورات قاهرة تجعلنا ندعو للاهتمام بتوفير الرعاية النفسية الطبية لكافة أبناء المجتمع، بمختلف طبقاته وطوائفه وفئاته العمرية عناية كلية

---

(١) عبد الرحمن العيسوي، أمراض العصر، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٨٩.

(٢) أحمد عزت راجح، أصول علم النفس، المكتب المصري الحديث، الإسكندرية، ١٩٥٩.

شاملة من المهد إلى اللحد[٣]. ويمكن النظر لهذه الدواعي، أو تلك الضرورات على النحو الآتي:

١ ـ ضرورات إنسانية وإخلاقية ودينية.

٢ ـ ضرورات أو دواعي أمنية تتعلق بأمن المجتمع وسلامه الاجتماعي واستقراره.

٣ ـ ضرورات اقتصادية إنطلاقاً من مبدأ أهمية الثروة البشرية في العصر الحالي وإسهام الفرد السليم المعافي في معارك التنمية وملاحم الإنتاج وتطبيقاً لمبدأ أن ما ينفق على صحة المواطن من أموال إنما هو من قبيل الاستثمار الجيد والمستمر وليس من قبيل الخدوات التي لا عائد ولا مردود لها.

٤ ـ ضرورة اجتماعية تتمثل في صيانة الأسرة وحمايتها وتدعيمها والمحافظة على العلاقات الاجتماعية الإيجابية بين الناس وحماية المرضى وأولادهم من خطر التشرد والضياع.

٥ ـ دواعي تربوية تعليمية إنطلاقاً من المبدأ القائل بأن العقل السليم، في الجسم السليم ولأثر الصحة العقلية القوي على التحصيل والإنجاز والاستيعاب بل والخلق والإبداع والتفوق العلمي أو الأكاديمي.

٦ ـ دواعي سياسية تتمثل في ضرورة حفاظ المجتمع على الفكر الأيديولوجي المطلوب وتربية أبناء المجتمع على القيم والمبادىء والأفكار والنظريات الموالية، للمجتمع والتي تحفظ على المجتمع وحدته وتماسكه، وبالتالي تكامله وتحميه من عوامل التمزق والتفرق والإنقسام والتشرذم والتفكك الاجتماعي. ولقد عرف هذا الجهد عبر التاريخ بإسم «التربية العقائدية» أو التربية الفكرية تلك التي تصبغ عقول أبناء المجتمع بصبغة واحدة مع ما تضمنه ذلك من عمليات توجيه وغسيل للدماغ ولا يصح هذا التوجيه إلا للأصحاء[٤] عقلياً ونفسياً.

---

(٣) عبد الرحمن العيسوي، العلاج النفسي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٩٤.

(٤) عبد الرحمن العيسوي، علم النفس الاجتماعي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٩٤.

العوامل التى تزيد من أهمية الصحة النفسية والعقلية وضرورة الاهتمام بها:

١ ـ كفالة الدستور لرعاية صحة المواطن بمعناها الواسع أو الشامل، ففي المقومات الاجتماعية والخلقية للمجتمع تقرر المادة(٧) من الدستور، أن المجتمع يقوم على التضامن الاجتماعي. وما دام الأمر كذلك، فعلى أفراد المجتمع المعافين توفير الرعاية لمرضاهم ويدخل في ذلك بالطبع والضرورة المرضى العقليين. وتكفل الدولة حماية الأمومة والطفولة وترعى النشىء والشباب، وتوفر لهم الظروف المناسبة لتنمية ملكاتهم (مادة ١٠ من الدستور). ولما كان المرض العقلي يقصد صاحبه عن العمل والكسب وكان الدستور ينص على أن العمل حق وواجب كان لا بد من تمكين الإنسان من ممارسة حقه وأداء واجبه في العمل عن طريق حماية عقله. أي قواه المدبرة والمفكرة والمدركة (مادة ١٣ من الدستور)

وينص الدستور على أن الدولة «تكفل الخدمات الثقافية والاجتماعية والصحية، وتعمل، بوجه خاص، على توفيرها للقرية في يسر وانتظام رفعاً لمستواها (مادة ١٦) كما ينص على أن «تكفل الدولة خدمات التأمين، الاجتماعي والصحي، ومعاشات العجز عن العمل والبطالة والشيخوخة للمواطنين. جميعاً» (مادة ١٧) والحقيقة أن الخدمات الصحية، بمعناها الشامل، ليست وحدها هي التي تكفل تمتع الإنسان بالصحة العقلية والنفسية وحمايته من الاضطرابات السلوكية، وإنما أيضاً جميع الخدمات الثقافية والاجتماعية. والتعليمية والترويحية والترفيهية والرياضية بل وانتشار العدالة والمساواة وتكافؤ الفرص وصيانة الحقوق ومنع الظلم والاستبداد والاستعباد تسهم في تمتع الفرد بالتكيف النفسي والعقلي والاجتماعي[٥] والخلقي.

ومن بين مخاطر تفشي الأمراض الذهانية (أي العقلية) الإعفاء من المسؤولية الجنائية لمرتكبي الجرائم من المجانين وما يترتب على ذلك من ضياع حقوق المجني عليهم، وحرمان المجتمع من ممارسة ردع الخارجين على القانون ومن الاستقرار وهدر مبدأ هام من مبادىء العدالة والشريعة وهو القصاص. حيث جاء في أسباب

---

(٥) دستور جمهورية مصر العربية، المطابع الأميرية، القاهرة.

الإباحة وموانع العقاب، (المادة ٦٢ ع) على أنه «لا عقاب على من يكون فاقد الشعور أو الاختيار في عمله وقت ارتكاب الفعل. إما لجنون أو عاهة في العقل، وإما لغيبوبة ناشئة من عقاقير مخدرة، أياً ان نوعها، إذا أخذها قهراً أو على غير علم منه بها» وبهذه الطريقة إذاتفشى المرض العقلي إنتشرت الفوضى بين ربوع المجتمع[٦].

والمرض العقلي يقعد صاحبه عن العمل والإنتاج بل يجعله خطراً على نفسه، وعلى المجتمع، ويدخل القانون المرض العقلي ضمن الأمراض المزمنة التي يستحق المصاب بها الحصول على إجازة استثنائية بمرتب كامل مثله مثل الدرن والجذام (مادة واحد من القانون ١١٢ لسنة ١٩٦٣) وذلك حتى يتبين عجزه عجزاً كاملاً عن مزاولة أية مهنة أو عمل (مادة ٦٣ مكرراً من قانون العمل) فالمرض العقلي يحيل الإنسان إلى كسيح وعاله على[٧] غيره.

٢ ـ ظروف العصر الذي يتسم بالقلق والتوتر والصراع واحتدام شدة المنافسة بين أبناء المجتمع وارتفاع مستويات الطموح بين الشباب والتهديد بالحروب العالمية والإقليمية والمحلية وتفشي النزعات المادية والإلحادية وسيادة المادة.

٣ ـ إزدياد انتشار مشاكل الإدمان والتطرف والعنف والأمراض العقلية. والنفسية وما يطلق عليه أمراض العصر أي الأمراض السيكوسوماتية وكثرة الإنحرافات السلوكية والإخلاقية ومختلف مظاهر الشذوذ الجنسي والعقلي كالهوس وجنون الاضطهاد[٨]. . . إلخ.

٤ ـ الغزو الثقافي ومحاولة اختراق الشخصية الإسلامية والعربية والنيل من عضدها وتبديد هويتها العربية والإسلامية تلك الهوية التي تمسك على الإنسان شخصيته من ذلك ما ينتج عن أخطار «الدش» والانفتاح العشوائي على ثقافة الغرب وما فيها من انحلال وإباحية.

---

(٦) قانون العقوبات المصري، المطابع الأميرية، القاهرة.

(٧) القانون رقم ١١٢ لسنة ١٩٦٣. المطابع الأميرية، القاهرة.

(٨) عبد الرحمن العيسوي، سيكولوجية الإدمان وعلاجه، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٩٤.

٥ ـ محاولات النيل من الشعور بالانتماء الوطني والعربي والإسلامي والاعتداء. على الإسلام في كثير من بقاع العالم.

٦ ـ اتسام حضارة العصر بالتعقيد وعدم البساطة وهي حضارة مادية مبتورة تعني بالمادة على حساب إهمال الجوانب الإخلاقية والروحية والمعنوية.

٧ ـ ازدياد معدلات الفقر والغلاء الفاحش والبطالة والجريمة وتغير أنماطها وخاصة جرائم الأقارب والسطو المسلح والجرائم الجماعية التي لم تكن معروفة في بلادنا من قبل.

٨ ـ انتشار التسيب الإداري والظلم الإداري وصعوبة حصول الموظف على حقوقه.

٩ ـ العلاقة الوثيقة بين الإدمان والجريمة وبين الجنون أو الضعف العقلي وبين الجريمة.

١٠ ـ الإيمان بأن العقل السليم في الجسم السليم وأن الإنسان وحدة متكاملة متفاعلة بين الجسم والنفس معاً وأن ظروف الإنسان النفسية تؤثر في صحته الجسمية ومن أظهر الأدلة على ذلك مجموعة الأمراض السيكوسوماتية أي تلك الأمراض التي ترجع لأسباب نفسية واجتماعية كالقلق الشديد والخوف والتوتر والصراع والآلام والأمراض النفسية والعقلية، والتي تتخذ أعراضها شكلاً جسمياً من ذلك ضغط الدم والربو والسمنة والقرح وبعض أمراض القلب والدورة الدموية والجهاز العصبي.

١١ ـ تنبع أهمية الرعاية العقلية والنفسية من الاهتمام بالثروة البشرية التي أصبحت أغلى الثروات جميعاً وهي أحد معالم العصر في كل دول العالم(٩).

١٢ ـ أهمية العقل في ضبط سلوك الفرد وترشيده وتوجيهه وتصويبه.

١٣ ـ إنشاء المجتمعات العمرانية الجديدة وما يتطلبه من إعادة تكيف الفرد نفسياً واجتماعياً ومهنياً وإخلاقياً للمعيشة المستمرة في هذه المجتمعات.

---

(٩) عبد الرحمن العيسوي، الإسلام والتنمية البشرية، دار النهضة العربية، بيروت. والمكتب العربي الحديث بالإسكندرية.

١٤ ـ إزدياد مشاكل الأسرة وتفاقمها، وضعف سلطانها ورقابتها وقدرتها في توجيه أبنائها واشتغال المرأة خارج المنزل وظهور ما يعرف بإسم «الأب الطائر » أو «الأب الغائب» و «الحاضر الغائب» والصراع الأسري[١٠].

١٥ ـ صراع الأجيال وما تقوم به أجهزة الإعلام في تغذيته وهدم قيم أصيلة كاحترام الصغير للكبير وعطف الكبير على الصغير.

١٦ ـ عدم توفر القدوة الحسنة والمثال أو النموذج الطيب الذي يحتذى به الشباب.

١٧ ـ الآثار الصحية السيئة على العمال وغيرهم من جراء انتشار التلوث وخاصةً في بيئات العمل والمصانع وزيادة معدلات تلوث الماء والهواء والأرض والتلوث البصري وانتشار السموم والغازات والغبار والأتربة والمعادن والأحماض والمبيدات والكيمياويات الضارة بصحة الإنسان العقلية علاوة على الزحام والتكـدس السكاني.

١٨ ـ الأخطار الناجمة من زيادة معدلات المناطق العشوائية التي تبين أنها تمثل بؤراً للفساد والانحراف والجنوح والجريمة والإدمان والرذيلة والتطرف والإرهاب. . . إلخ.

١٩ ـ إغفال مبدأ وضع الرجل المناسب في مكانه المناسب سواءاً أكان في المجال الدراسي أو المهني، ذلك المكان الذي يتفق مع ما لديه من قدرات وذكاء واستعدادات وميول وسمات شخصية وظروف اجتماعية وأسرية وخبرات ومعارف.

٢٠ ـ عدم إتاحة الفرصة أمام الشباب للإشتراك في معترك الحياة الاجتماعية والسياسية والاقتصادية. تلك المشاركة التي تنمى الانتماء وتبعد الخروج على المجتمع وقواعده. مما يؤدي إلى شعور الشباب بالضياع وعدم الانتماء والإهمال.

٢١ ـ ضعف الوعي الطبي، بصفة عامة، والنفس والعقلي، بصفة خاصة مما يؤدي إلى العزوف عن تلقى المعالجة شعوراً بالعار من الإصابة بالمرض العقلي.

---

(١٠) عبد الرحمن العيسوي، علم النفس الأسري، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية.

٢٢ ـ اتجاه المجتمع السلبي نحو الأمراض العقلية وأصحابها[١١].

٢٣ ـ ضرورة حماية الأطفال الصغار من التعرض للأخطار الناجمة عن تشغيلهم بأعمال ليلية أو أعمال خطرة.

٢٤ ـ التمسك بالإعلان العالمي لحقوق الإنسان.

٢٥ ـ التعقيد الروتين وتعمد بعض موظفي الدولة من «المرضى» عرقلة مصالح المواطنين لديهم.

٢٦ ـ انطلاقاً من الإيمان بحركة الطب الكلي» و «وطب المجتمع» وشمول الرعاية الطبية لكل جوانب شخصية الإنسان الجسمية والنفسية والعقلية والأخلاقية والروحية، وكذلك الاهتمام بكل المجتمع وطوائفه وطبقاته وفئاته العمرية والتعليمية.

٢٧ ـ ضرورة خوض معركة التنمية الشاملة الاقتصادية والاجتماعية والبشرية. على اعتبار أن الإنسان هو صانع التنمية وهو هدفها، وغايتها النهوض به.

٢٨ ـ تفشي مشاعر الإحباط والفشل والصد الزجر لدى كثير من الناس من جراء عدم تقدير أصحاب الكفاءات العلمية والمهنية والإنتاجية والإدارية وحرمانهم من حقوقهم بل تعرضهم للظلم والاضطهاد.

٢٩ ـ ما أسفرت عنه بعض الدراسات الأمريكية من أن الأسوياء من الناس في حاجة إلى الإرشاد والعلاج النفسي.

---

(١١) عبد الرحمن العيسوي، الإرشاد النفسي، دار النهضة العربية، بيروت.

الفصل الثالث

طرق علاج الذهانات العقلية

* تعريف الذهان العقلي
* طرق علاج الذهان
  - أ ـ الجراحة
  - ب ـ الصدمات الكهربائية
  - حـ ـ العلاج بالأدوية والعقاقير
  - د ـ العلاج النفسي
* الأثر الطبي لجراحة قطع الألياف العصبية الموصلة بين مراكز الدماغ
* العلاج بالصدمات
* الصدمات الكهربائية
* العلاج عن طريق العقاقير أو العلاج الكيميائي
* العلاج النفسي لمرضى الذهان

تعريف الذهان العقلي

الذهان العقلي مرض عقلي، في أغلب حالاته وظيفي، أي ليس ناتجاً عن خلل عضوي في الغدد أو في الجهاز العصبي مثلاً، وإنما يصيب العطب «وظيفة» العضو فقط، بينما يكون العضو وهو الدماغ والجهاز العصبي هنا سليمين من الناحية العضوية أو التشريحية أو التكوينية[1].

وللذهان أعراض خطيرة وشديدة ومكثفة، قياساً بالمرض النفسي أي العصاب النفسي. فالذهانات اضطرابات عقلية شديدة أو عيفةSevere Disorders أو حادة تنشأ من عوامل نفسية كالصدمات والصراعات والتوترات والحرمان والفشل والإحباط. وليست في الغالب عضوية Psychogenic - Origin دون أن يكون لذلك سبباًتشريحياً أو تكوينياً في دماغ المريض. ومن أعراض الذهان التدهور العقلي intellectual deterioration الذي يصيب وظائف مثل التفكير والتخيل والتصور والإدراك والتعلم والاستدلال وإدراك العلة والمعلول. ومن الأعراض أيضاً وجود اضطرابات حادة في الحالة المزاجية Mood والبعد عن عالم الحقيقة والواقع والاستغراق في عالم الخيال والأوهام والضلالات أو الهذاءات وهي أفكار زائفة تسيطر على فكر المريض، إلى جانب المعاناة من الهلاوس Hallucinations وهي عبارة عن مدركات حسية يدركها المريض دون أن تكون موجودة بالفعل، كأن يرى أشباحاً أو أشخاصاً يطاردونه، أو

---

(١) عبد الرحمن العيسوي، أمراض العصر، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٨٦.

يسمع أصواتاً تسبه وتتهمه، أو يشم روائح غير موجودة، أو يتذوق أذواقاً غير موجودة، وكذلك الضلالات Delusions[٢].

وهناك أنواع عدة من هذه الذهانات، منها ذهان الهوس/الاكتئاب وذهان الاكتئاب، وذهان الفصام البسيط، والمبكر، والفصام التخشبي، وفصام الاضطهاد، وفصام الطفولة وذهانات الشخيوخة.

طرق علاج الذهان

كيف يمكن علاج الذهانات العقلية أي الأمراض العقلية، تلك المرادفة للجنون Psychoses وهي أمراض خطيرة وتستمر لفترات طويلة حتى يتم الشفاء منها.

من هذه الطرق ما يعرف بإسم:

١ ـ الجراحة Logotomy.

٢ ـ الصدمات الكهربائية Shocktherapy.

٣ ـ العلاج بالأدوية والعقاقير Drugtherapy.

٤ ـ العلاج النفسي Psychotherapy.

الجراحة:

وهي من المعالجات النادرة، والتي لم تعد تستخدم كثيراً بعد عام ١٩٥٠، ويتضمن إجراء عملية جراحية Operation، وفيها يتم قطع الاتصال بين الفصوص قبل الأمامية من المخ ومراكز الدماغ السفلى The prefrontal lobes of the brain and the lower brain centers[٣].

---

(٢) Sanford, F. H., Psychology, A scientific Study of man, wad worth, San Franci&co, 1961. P. 451.

(٣) Sanford, P. 443.

في المناطق الأمامية من الدماغ تتم العمليات العقلية الرمزية. وقطع هذه المناطق عن المناطق الخاصة بالانفعالات، يقلل من تكوين المخاوف الخيالية أو الوهمية، وكذلك يقلل الشعور بالحق أو القلق Anxiety. وبعد هذه الجراحة يصبح المريض قليل الإثارة الانفعالية، ويستطيع أن يحيا حياة أقل عنفاً، وأكثر تكيفاً من الناحية الانفعالية. ولكن هذه الجراحة تنطوي على بعض الأخطار في إحداث بعض التغيرات في شخصية المريض.

والحقيقة أن رحلة العلاج تبدأ بدخول المريض للمستفى وقبوله إذا كانت حالته تستدعي ذلك. تفتح المستشفى ملفاً للمريض، ويحدد له عنبراً للنزول فيه ويتم فحصه فسيولوجياً فحصاً مبدئياً ثم يحدد له سريره، ويترك لشأنه لقليل من الوقت. وبعد ذلك يجري له فحص فيزيقي على جسمه وفحص عين Psysical and neurological examination ثم يجري له فحص سيكولوجي بمعرفة أخصائي علم النفس الأكلينكي ثم يقدم له العلاج Medication كان يعطي بعض المهدئات Traquilizing drugs ثم يخضع المريض لنوع من المعالجة الفردية Individual therapy وذلك بعد عملية التقويم السيكولوجي التي تطبقه عليه Psgchological Evaluation وبعد أن يكون المريض قد قابل كل من الطبيب العقلي والأخصائي النفسي والممرضات، يتم وضع خطة لعلاجه. وقد يحتاج المريض إلى حضور بعض جلسات العلاج الجماعي Grouptherapy حيث يتوفر له التفاعل العلاجي مع غيره من المرضى الذين يشبهون حالته(٤).

في البداية لا يظهر المريض اهتماماً كبيراً بالنشاط الذي يدور في جلسة العلاج الجماعي أو في نشاط الجماعة، فيلقى التشجيع من المعالج للمشاركة. وبعد تحقيق قدر من التحسن يبدأ المريض في الاشتراك في التفاعل الاجتماعي مع زملائه المرضى وغيرهم. كما تتاح له فرصة الاشتراك في العلاج المهني أي العلاج عن طريق تعلم وممارسة المهن Occupational therapy، حيث يمارس المريض، تحت الإشراف الدقيق لأخصائي العلاج المهن، بعض المهن والأعمال، فيبأ بالأعمال البسيطة،

---

(٤) عبد الرحمن العيسوي، العلاج النفسي، دار المعرفة الجامعية بالإسكندرية، ١٩٩٤.

ولكنها خلاقة. وبمرور الوقت يشترك في نشاط الغير وفي الحكم الذاتي داخل الغير. وتستمر المعالجة المهنية، ولكن بالتدريب على أعمال أكثر صعوبة وتعقيداً. وبعد ذلك يخضع المريض لعملية تقويم يقوم بها مجلس التأهيل الصناعي Evaluation by industtial rehabilitation board.

ويضم هذا المجلس الأطباء العقليين وأخصائي التأهيل والمرشد والأخصائي النفسي وغيرهم، للتخطيط لاستمرار تقدم المريض وتحسنه وقدراته ومستقبله المهني. وبعد عملية التأهيل هذه ينخرط المريض في عملية العلاج الصناعي للقيام بأعمال أكثر تعقيداً وأكثر مسؤولية. وقبل خروج المريض من المستشفى، حيث يقابله مع أحد راغبي العمل، حيث تقدم كافة المعلومات لصاحب العمل هذا عن حالة المريض وقدراته واستعداداته وخبراته وميوله واتجاهاته، مما يسهل وضعه في مهنة مناسبة والعودة إلى حياة المجتمع(٥).

وما هو الأثر العلاجي أو الطبي لجراحة قطع الألياف العصبية هذه الموصلة بين مراكز الدماغ؟

١ ـ في الفترة التالية للجراحة مباشرة انخفض الآداء على اختبارات الكفاءة العقلية.

٢ ـ وبعدها يصبح المرض قادرين على التمييز بين ما هو ذاتي أو بين الذات وغير الذات. ولقد زاد هذا من إدراك الحقيقة ووصل إلى قمته بعد ثلاثة شهور من أجراء الجراحة، ولكن تحقق بعض التمسن بعد مرور عام كامل من الجراحة وذلك بالنسبة للحالات الفعلية التي خضعت للدراسة والتجربة.

٣ ـ أظهر المرض سلوكاً مندفعاً أو اندفاعياً، وكانوا أقل اهتماماً بالمستقبل وكانوا أكثر ميلاً للسلوك والفكر المعناد للمجتمع Antisocial thought، ولكنهم أظهروا سرعة أكثر في استجاباتهم الحركية، ولم يتحقق أي تقدم في مجال دقة السلوك.

ولذلك لا ينصح باستخدام هذه الجراحة، إلا في الحالات التي لم تفلح في

---

(٥) Sanford, P. 443.

علاجها كل المناهج العلاجية الأخرى كالعلاج عن طريق العقاقير والعلاج بصدمات الأنسولين والعلاج النفسي، ويمكن استخدامها في الحالات التي تعاني من أعراض حادة وعنيفة، وفيها كثير من العدوان القوي أو دوافع للقتل Homicidal impulses.

العلاج بالصدمات
Shock therapy

ويستخدم هذا المنهج مع مرضى الذهانالعقلي لإنتاج أو خلق نوع من رد الفعل العنيف يشبه التقلصات والتشنجات أو الاهتزازات أو يشبه نوبة مرض الصرع Epilepitic seizures.

وتحدث هذه التشنجات أو تلك التقلصات عن طريق حقن المريض بحقنة من الأنسولين أو حقنه بالمترازول.

Metrazol أو عن طريق الصدمات الكهربائية بوضع المترازول أقطاب كهربائية توضع فوق الرأس لتعريض المريض لصدمة كهربائية Electroshock. بالنسبة لصدمة الأنسولين تستخدم خاصةً مع مرضى ذهان الفصام، حيث تؤدي إلى وضع المريض في حالة إغماء، قد تستمر عدة ساعات. حيث يؤدي حقن المريض بكمية من الأنسولين إلى احتراق السكر من جسمه، فيصاب بالإغماء وبعد الإفاقة من الإغماءه عن طريق حقنه بكمية من الجيلوكوز يمكن أن يخضع المريض للعلاج النفسي وبتكرار الصدمات وتكرار العلاج النفسي عدة مرات يتحسن المريض.

صدمة المترازول تشبه صدمة الأنسولين Insulin، تحدث في المريض حالة شديدة من التشنج عن طريق حقن المريض بهذه المادة، ولكنها تؤدي إلى تشنج حاد وعنيف جداً Convulsive seizures وبعد عدة ثوانٍ يفقد المريض وعيه، ولكن هذا المنهج لا يستخدم كثيراً بسبب حالة العنف الشديد الناتجة عن التقلص. هذا العنف قد يؤدي إلى كسر عظام المريض، كذلك فإن كمية الدواء اللازمة تختلف من مريض لآخر، وفي نفس المريض من وقت لآخر. وتحاشياً لحالة الخوف التي تعتري المريض قبل تعاطي الحقنة وقبل أن يفقد وعيه.

ولقد كشفت أحدى الدراسات على عينة من مرضى الذهان العقلي الذين تلقوا عشرين صدمة كهربائية، وكشفت مقارنة حالتهم بحالة المجموعة الضابطة التي لم تتلق أية معالجة، وبعد أن طلب منهم الباحث حل مشكلة ما، تبين أن الصدمات تزيد من إشارة المريض إلى الأحداث الماضية المباشرة للمريض وتقلل من إشارته إلى الأحداث الماضيات في حياته.

الصدمات الكهربائية

أكثر استخداماً من كل من صدمات الأنسولين والمترازول، ويبدو أن الصدمات الكهربائية تحدث تحسناً ظاهراً في مرضى ذهان الاكتئاب الشديد Severe depression.

ويتعرض دماغ المريض لصدمة كهربائية لفترة وجيزة جداً تتراوح قوتها من ٧٠ ـ ١٣٠ فولت. ويؤدي هذا التيار إلى حدوث تقلصات أو تشنجات Convulsions، ليست بقوة الصدمات الناجمة عن صدمة المترازول. وفيها يفقد المريض فوراً الوعي فلا يتألم. ولكنه يبدو بعد ذلك أكثر قدرة على الإمساك بالحقيقة، بعد أن يستعيد وعيه، ويمكن للمعالج النفسي أن يتناوله أو يتعامل وإياه.

والحقيقة إن التراث العلمي والتجريبي لا يقدم لنا معرفةً عن سبب حدوث تأثير من جراء الصدمة في بعض الحالات تفيد المريض. ربما يرجع ذلك إلى إحداث تأثيرات مفيدة من خلال تغيرات فعلية وواقعية فسيولوجية وعصبية، أم أنها تحدث أثرها من خلال عمليات سيكولوجية بحته، ربما يميل المريض إلى التحسن حتى يتحاشى الصدمة الناجمة من الكهرباء Trauma أو ربما يشعر به المريض من الألم يمثل نوعاً من العقاب بالنسبة للمرضى الذين كانوا يعانون من الشعور القوي بالذنب، وعندما يلقى عقابه تتحسن حالته النفسية. ما زلنا في حاجة ماسة إلى إجراء العديد من البحوث والدراسات حول أثر الصدمات الكهربائية في عملية العلاج وخاصةً في الحقل العرجي في عالمنا العربي[٦].

---

(٦) عبد الرحمن العيسوي، علم النفس الطبي، منشأة المعارف، الإسكندرية، ١٩٨٩.

العلاج عن طريق العقاقير أو العلاج الكيميائي

Drugtherapy or chemotherapy

هناك العديد من العقاقير التي تستخدم في علاج الأمراض العقلية. ويمكن تقسيم هذه العقاقير إلى نوعين:

أ ـ مجموعة الأدوية التي تؤدي إلى نوم المريض Sleep - inducing.

ب ـ مجموعة الأدوية المهدئة Tranquilizers

الأدوية المنومة Marcosis أي المؤدية إلى نوم المريض من هذه الأدوية ما يلي:

١ ـ Sodiumpentothral.

٢ ـ Sodium smytal.

٣ ـ Scopolamire.

وتؤدي إلى حالة تشبه أو تقترب من النوم، وذلك لإمكان تطبيق منهج التحليل التنويمي مع المريض أي تحليله وهو خاضع لمؤثرات التنويم Marcoamalysis حيث يقلل تنويم المريض من حالة «المقاومة» ورفض الإفصاح عن مكنونات ذاته.

عندما يكون المريض في حالة التنويم هذه، يسهل تشجيعه أن يتحدث عن خبراته وهو في حالة ضعف الوعي هذه، تلك الخبرات التي يجد صعوبة كبيرة في مواجهتها وهو في حالة الوعي الكامل. وهنا يستطيع المعالج النفسي أن يحصل على مزيد من المعلومات حول صعوبات المريض وأعراضه، ومن ثم يجد السلام النفسي، ويتخلص من التوتر والصراع والألم، تلك الحالات التي كانت غير محتملة.

هناك كثير من التجارب التي أجريت على العقاقير المهدئة، من ذلك عقار Rauwolfia والمستخرج من نبات هندي، وتم استخراج عقار آخر من هذا العقار يسمى Reserpine تم استخلاصه، ولقد تبين أن هذا العقار يخفض ضغط الدم المرتفع، ويؤدي إلى تهدئة المريض، وجعله هادئاً. ومنذ الخمسينات من هذا القرن،

ثم استخلاص عدد كبير من العقاقير التي تصلح للاستخدام مع المرضى العقليين من ذلك.

١ ـ Chlorprornazine.

٢ ـ Miltown.

٣ ـ Acth.

٤ ـ Ceruloplasmin.

وتؤدي هذه العقاقير، بالتأكيد، إلى هدوء المريض. ولقد أدى استعمال هذه العقاقير إلى زيادة نسبة شفاء المرضى وخروجهم من المستشفيات العقلية. والمرضى الذين يستمرون في تعاطي العقارات يعودون إلى منازلهم ويعيشون حياتهم بطريقة سوية تقريباً.

وإن كنا لا نعرف الكثير عما يدور داخل الفرد بعد تعاطي هذه العقاقير من الناحية الفسيولوجية أو العصبية Physiological and neurological effects of the drugs.

ولكن من الواضح، إن هذه العقاقير لا تشفي الأمراض العقلية، بمعنى أنها لا تزيل أسبابها، ولكنها تجعل المرضى أسهل في التعامل معهم داخل المستشفى وخارجها. ومنذ ذلك الوقت الذي شاع فيه استخدام هذه العقاقير أزالت المستشفيات الأعمدة الحديدية من فوق نوافذها والإقفال من فوق أبوابها. بل إن الحياة في المستشفيات لم تعد مؤلمة كما كانت من قبل ومرة أخرى لا يعرف سبب التأثير: هل هو التأثير الكيميائي المباشر؟

ولكن هذا التأثير لا يزيد عن التأثير الناجم من معاملة المريض معاملة إنسانية، والإتجاهات الإنسانية نحو المرضى تلك التي تصاحب[٧] تعاطي الدواء لها نفس التأثير الجيد.

---

(٧) Coleman, J., Abnormal Psychology and Modern life, 2 nd. ed., scott, Chicago, 1956.

العلاج النفسي لمرضى الذهان

لقد كان فرويد يعتقد، في البداية، أن العلاج النفسي Psychotherapy لا يصلح للاستخدام مع مرضى الذهانات العقلية لأنهم يعانون من درجة كبيرة من النكوص Regression، لا تسمح لهم بالاستفادة من العلاج النفسي. ولكن هناك أدلة حديثة تشير لوجود بعض النجاح في استخدام العلاج النفسي مع مرضى الذهان. وفي مجال علاج مرضى الذهان يحاول المعالج أن يتواصل مع المريض، ويعرفه وأن يحاول أن يفهمه، وأنه يقبله كإنسان، وأن يشعر بمخاوفه، وأنه يريد أن يكون معه. وبعد فترة طويلة من الزمن يستجيب المريض لهذه المشاعر، ويحاول أن يقيم علاقة مع المعالج، وما إن يتحقق ذلك حتى ويستطيع المعالج أن يعلم المريض التعامل مع مواقف الحياة الحقيقية. وهناك محاولات عديدة لاستخدام منهج العلاج الجماعي Grouptherapy مع مرضى الذهان العقلي. وفي هذا المنهج يجتمع المعالج النفسي مع عدد من المرضى الذهانيين الذين تتشابه حالاتهم، يتراوح عددهم ٥ ـ ١٠ من المرضى ويتم فيه نوع من التفاعل بين المرضى فيما بينهم وبين المعالج، يؤدي هذا التفاعل إلى تحسين حالاتهم(٨).

في هذا النمط من العلاج، يشارك المريض مشاعره مع الآخرين ويستفيد من ردود أفعال الآخرين في الجماعة العلاجية التي تمنحه التعضيد والمساعدة والمشاركة الوجدانية ويشعر أن مشكلته الصحية ليست الوحيدة، بل إن هناك من هو مثله ومن يعاني أكثر من معاناته.

---

(٨) Gallatin, J., Abnormal Psychology, concepts, issues, Trends, Macmillan, New York 1982.



الفصل الرابع

الطب النفسي الشرعي

* مفهوم الطب الشرعي.
* عمل الأخصائي النفسي الشرعي.
* أركان أو عناصر الجريمة.
* نبذة تاريخية عن المسؤولية الجنائية
* مهام أخصائي الطب النفسي الشرعي.

مفهوم الطب الشرعي

الطب النفسي الشرعي Forensic, Psychiatry أحد فروع الطب العقلي أو مجالاته الحيوية، يهتم، بصفة عامة، بتحديد الحالة العقلية أو الوضع أو المكانة العقلية mental Status للمتهمين بارتكاب جرائم معينة موجبة للعقاب، بمعنى تحديد عما إذا كانوا أسوياء وأصحاء أثناء ارتكابهم الفعل المؤثم بحيث يخضعون للمحاكمة أم إنهم كانوا مجانين قانونياً أو بحكم القانون أو يعتبرهم القانون في عداد المجانين legally insane[١].

بمعنى إنه العلم أو الفن الذي يحدد مدى الإعفاء من المسؤولية الجنائية[٢] من

---

(١) يعتبر الإنسان مجنوناً إذا كان فاقد الوعي أو الإدراك أو التبصر بحيث لا يدرك عما إذا كان ما يأتيه من أفعال صواب أو خطأ، ويشير الجنون في الطب الشرعي إلى زوال العقل أو فساده وعجزه عن آداء وظائفه ويستخدم نفس اللفظ سواء أكان نقص العقل أو زواله وراثياً أم إنه حدث بتأثير من أحداث البيئة وفي جميع الأحوال يصبح الفرد غير مسؤول عن أعماله. وفي الطب النفسي الجنون مرادف للذهان العقلي أي المرض العقلي ويميل علماء النفس في الوقت الحاضر إلى عدم استعمال لفظة الجنون حتى لا تؤذي مشاعر المرضى وذويهم. واللفظ يشير إلى عدم الأهلية القانونية.

(٢) الإعفاء من المسؤولية الجنائية تعني عدم توقيع العقوبة على مقترفي الجريمة أو الجنحة بسبب عاهة في العقل أو بسبب تأثير مخدر أو عقار ما إذا أخذه المتهم وهو على غير علم به أو هو مكروه على تعاطيه. والوضع السائد الآن هو إعفاء أرباب الأمراض العقلية أي الذهانات العقلية المرادفة للجنون فقط دون غيرها من الاضطرابات النفسية أو الأمراض النفسية المعروفة اصطلاحاً بإسم الأعصبة النفسية.

عدمه على أساس افتراض إصابة المتهم بالجنون أي بفقدان الوعي والإدراك والبصيرة والفهم حين وحال ارتكابه الفعل الإجرامي. ولكن تحديد المسؤولية الجنائية يمثل موضوعاً واحداً من موضوعات دراسة الطب النفسي الشرعي إذ يهتم، بصفة عامة، بتحديد المسؤولية العقلية عموماً mental responsibility وعما إذا كان الإنسان واعياً لسلوكه ومدركاً معناه ومغزاه وعواقبه، وعما إذا كان هذا الفعل محرماً أو مسموحاً به، صواباً أو خطأً. وعما إذا كان هذا الفعل محرماً أم مسموحاً به. وعما إذا كان المريض يعي إنه يقوم بالعمل أم لا؟ أي تقرير حالة يشبه فيها الإنسان الدواب، وقد يكون أقل وعياً من بعضها، ومن ثم لا بد ولا جدوى لوقوفه أمام المحكمة في موقف لا يعرف معناه ولا يدري حتى إن كان يحاكم أم لا.

«حالة فقدان الوعي هذه قد تنتج من الأمراض أو الأورام أو السموم أو الغازات أو المخدرات أو الكحوليات». ويلزم لذلك تحديد القوى العقلية والإدراكية والمعرفية للمتهم، ومبلغ ذكائه العام، ومقدار معاناته من الذهانات[٣] العقلية، وهي الأمراض العقلية المرادفة للجنون، ومنها جنون العظمة وجنون الاضطهاد وجنون الاكتئاب وجنون الهوس إلى جانب ذهان سن اليأس، وسن الشيخوخة وذهانات الإدمان سواءً للخمور أو المخدرات، والذهانات العضوية الناجمة عن تلف أجزاء من مخ الإنسان عن طريق الجروح والأعيرة والطلقات النارية، والأورام، وتدمير الخلايا، وتعاطي السموم والكيماويات الضارة والمعادن أو الإصابة بالحميات الشديدة.

---

(٣) الذهانات العقلية أي الأمراض العقلية وهي اضطراب عقلي أشد خطورة من نوع آخر من الاضطرابات النفسية تعرف بإسم الأعصبة النفسية أي الأمراض النفسية وفيها يكون المريض مدركاً لحالته قادراً على أن يحيا حياة شبه طبيعية ولا يشكل خطراً على نفسه أو على المجتمع. ولكن مريض الذهان يمثل خطراً على نفسه أو على المجتمع. ويعجز عن رعاية نفسيه. وهناك أنواع متعددة من الذهانات منها ذهان الفصام وذهان الاكتئاب وذهان سن اليأس وذهان الشيخوخة وذهان الاضطهاد وذهان العظمة وذهان الهوس.. وهي أمراض، في معظمها، وظيفية، أي يصيب العطب فيها وظيفة عضو العقل بينما يكون المخ من الناحية العضوية البنائية التركيبية أو التشريحية سليما ولكن العطب يلحق بوظائفه فتختل.

عمل الأخصائي النفسي الشرعي

ويتصل بعمل أخصائي الطب النفسي الشرعي عمل فني آخر يساعد في القبض على المتهمين، والتعرف على شخصياتهم من الأوصاف التي يدلي بها الضحايا أو المجني عليهم Victims أو الشهود Witness ses وهو الفنان الشرعي Forensic artist

الطب الشرعي يتناول بالدراسة حالة الجنون insanity.

من المنظور القانوني legal وهي حالة شديدة جداً من الاضطراب العقلي mental disorder وفي هذه الحالة لا يعد المتهم مسؤولاً عن أية جريمة يرتكبها. وعلى الأخصائي في الطب النفسي الشرعي أن يستخدم المقاييس والاختبارات التشخيصية واختبارات القدرات وأن يحرر التقارير التي ترفع للمحاكم وهيئات التحقيق.

أركان أو عناصر الجريمة

من الناحية النفسية، نستطيع أن نتبين ثلاثة عناصر للفعل الإجرامي(٤) هي:

١ ـ الوسائل أو الأدوات أو الالآت أو الطرق المستخدمة في الاتكاب الجريمة means أي الأدوات المستخدمة في الجريمة كالأسلحة النارية أو الأسلحة البيضاء أو السموم أو ما إلى ذلك.

---

(٤) للجريمة ركن مادي يتمثل في الفعل الإجرامي نفسه وركن معنوي يتمثل في القصد أو النية أو العزم والإصرار والترصد وسبق الإصرار لارتكاب جريمة ما وقد يتوفر الركنان في الجريمة وقد لا يتوافران أو يتوفر أحدهما دون الآخر. والجريمة عموماً عبارة عن كل فعل يسبب الضرر للمجتمع أو لفرد من أفراده ويعاقب عليه قانون العقوبات وبذلك فالجريمة اصطلاح أو مفهوم قانوني لا توجد جريمة إلا بنص. والجريمة ظاهرة اجتماعية حتمية وجدت منذ وجد الإنسان وتنتج من العديد من الأسباب منها العقد والأمراض والعلل والخلل والاضطراب العقلي أو النفسي أو من تأثير وضغوط البيئة السيئة والفاسدة. وقد تنشأ من نقص جسمي أو عقلي كما هو الحال في الضعف العقلي. وتختلف الجريمة من مجتمع لآخر ومن عصر لآخر وتنقسم الجرائم إلى أنواع أبسطها المخالفات ثم الجنح ثم الجنايات وتتنوع وتتدرج العقوبات وفقاً لجسامة الجرم واضراره إبتداء من الغرامة المالية إلى الإعدام (طالع مشكوراً أحمد زكي بدوي، معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية، مكتبة لبنان، بيروت).

٢ ـ وجود الفرصة السانحة التي ساعدت على ارتكاب الجريمة أو توفر الظروف التي ساعدة على ارتكابها opportunity .

٣ ـ القصد الجنائي أو النية أو الإرادة أو العزم والتصميم وسبق الإصرار والترصد. هذا العنصر الأخير، وهو القصد هو الذي يمثل مشكلة أمام المحاكم وأمام علماء الطب العقلي أو الصحة العقلية mental health .

كيف يمكن أن نبرهن أو ندلل على أن شخصاً قد أنتوى أو عقد العزم أو قصد إلى ارتكاب جريمة ما؟ وتكمن الصعوبة في أن النية مسألة داخلية نفسية ذاتية لا يعرفها إلا صاحبها وهو المتهم. أمام المحاكم علينا أن نبرهن للمحكمة بإن الجريمة لم تحدث صدفة أو وليدة حادثة معينة أو كانت مصادفة وعارضة أو طارئة accident وإنما كان هناك نية وإرادة وقصد وعزم وتصميم وإصرار مسبق على ارتكابها. بمعنى إن المتهم فكر فيها وعقد العزم على ارتكابها ولم تكن مجرد صدفة أو وليدة ظرف عارض. وعلينا كذلك أن نبرهن للمحكمة إن الشخص المسؤول عن هده الجريمة كان في حالة عقلية جيدة أو كانت حالته العقلية سوية right mind بمعنى خلوه من الذهانات العقلية المانعة من التفكير السليم والسلوك السوي والاستدلال والإدراك ومعرفة عواقب الأمور أو عدم إصابته بالضعف العقلي الشديد الذي يقعد بصاحبه عن إدراك الأفعال التي يقوم بها. وهناك بعض الأسئلة التي قد تكشف عن مدى توفر عنصر القصد كأن نسأل المتهم ومتى بدأت التفكير في التخلص من ضحيتك هذه؟

نبذة تاريخية عن المسؤولية الجنائية

وفي خلال القرن التاسع عشر كان هناك ثلاثة قضايا نظرت أمام المحاكم وإثارت جدلاً كبيراً حول الإعفاء من المسؤولية الجنائية، وما زالت تعتبر سابقة يقاس عليها في المحاكم الأمريكية. لقد أصبح لازماً على ممثل الإدعاء أو النيابة العامة prosecution أن يبرهن أو يدلل، بما لا يدع مجالاً للشك، إن المتهم لم يكن مضطرباً أو مختلاً أو معتلاً لدرجة لم تمكنه من التفرقة أو التمييز بين الخطأ والصواب أو الحلال والحرام أو الممنوع والمباح أو العمل الإجرامي وغير الإجرامي. ولقد لاقت هذه القضايا الثلاثة تدعيماً في عام ١٩٥٤ عن طريق قضية أخرى وأصبحت المحاكم تدين أو تعتقد في صحة المبدأ القائل: المتهم the accused ليس مسؤولاً جنائياً عن فعله غير القانوني إذا كان هذا الفعل قد نجم عن مرض عقلي أو عن نقص عقلي. وتطبيقاً لهذا المبدأ يلزم أن يتوفر الأخصائيون النفسيون الذين يقومون بهذا العمل في المحاكم المختلفة لتزويد المحكمة بالتقارير العلمية والموضوعية القائمة على أساس القياس[٥] العقلي الصحيح لقدرات المتهم العقلية، وصحته النفسية وذلك تدعيماً

---

(٥) القياس العقلي الصائب أصبح ممكناً قياس الأمور المعنوية في الإنسان كالذكاء والاستعدادات والقدرات والميول والاتجاهات والأمراض والاضطرابات قياساً كمياً وموضوعياً بعد أن كان يعترض على إمكانية قياس الأمور المعنوية وقصر القياس على الأمور المادية وحدها ولكن بفضل وجود الاختبارات والمقاييس والمختبرات والأجهزة المقننة أمكن قياس أدق الأمور في الإنسان كالشعور والانفعال والتصور والإحساس والذكاء والإدراك والتعلم والتذكر والتصور والخيال والإبداع وتمر الاختبارات بمراحل وخطوات علمية وتجريبية قبل أن نتأكد من صلاحيتها، فلا بد من التحقق من صدق المقياس وثباته «طالع في هذا الشأن مشكوراً عبد الرحمن العيسوي: القياس والتجريب في علم النفس والتربية والإحصاء السيكولوجي ويحدد العلماء قدرات الإنسان تحديداً كمياً أو رقمياً أو عددياً دقيقاً وذلك على طريق قياس السلوك الفعلي للفرد. وهناك مقولة مشهورة لعالم النفس الأمريكي أدورد ثورنديك يقول فيها تبريراً لحركة القياس: كل ما يوجد في العالم يوجد بمقدار وما يوجد بمقدار يمكن قياسه».

لدور العلم في مجال القضاء. والحقيقة إن القضاء يستعين بالخبراء في كافة المجالات الفنية وينتدب الخبراء في المشاكل الطبية والهندسية والعمرانية والكيميائية وبالمثل في المشاكل العقلية والمأمول أن يزداد إعتماد المحاكم على أخصائي الطب النفسي الشرعي وغيره.

ويبدو هذا المبدأ إنسانياً، وذلك لأن بعض القتلة دللوا على فقدانهم القوي العقلية والإدراكية والمعرفية السليمة وظنوا إن الضحايا كانوا يخططون ويتآمرون لإغتيالهم، فبادروهم هم بالقتل وبعضهم قرر إن ما آتاه من سلوك وعنف، إنما هو بناء على تعليمات «الهية» أو جزء من «خطة مقدسة» divine plan.

فقد يظن المريض إن الناس يحيكون له المكائد ويدبرون لدس السم له وإن زوجته تخونه أو أن هناك «تنظيمات دولية» تسعى لإغتياله أو «السرقة أفكاره القيمة» فقد يلجأ الشخص المخبول أو المجنون أو المعتوه demented إلى قتل الضحية لأنه «سمع» صوتاً يأمره بالقيام بهذا العمل، ولذلك لا يعد مسؤولاً بقدر ما يعد مسؤولاً الرجل الذي يحمل بندقيته بكل هدوء وبرود وبطريقة عمدية ويفرغ رصاص بندقيته في بطن الضحية. وقد يتوهم المريض بالبارانويا، أي جنون الاضطهاد، إن شخصاً ما يدبر لقتله فيبادره هو بالإسراع في قتله قبل أن يقتله.

هذا المبدأ القانون وهو الإعفاء من المسؤولية الجنائية يثير كثيراً من المشاكل الصعبة، من بين هذه المشاكل الرئيسية أو المآس الخطيرة قضية التشخيص[٦]

---

(٦) تمثل عملية التشخيص مشكلة أساسية في العلوم النفسية والطبية إذ على أساسه تتخذ القرارات الحاسمة والمصيرية لحياة كثير من الأفراد كالحكم بالجنون أو السلامة العقلية أو الحكم بالضعف العقلي أو السواء العقلي ولذلك تتخذ الإجراءات الكفيلة لضمان صحة التشخيص. وفي المجال الطبي يقصد بالتشخيص تحديد كم وكيف المرض أو الاضطراب أي مقدار شدته نوعه أي تحديد طبيعة المرض عن طريق دراسة أعراضه وتطوره. ويستخدم في ذلك الاختبارات والمقاييس والأجهزة والتحاليل والفحوص والأشعة والمناظير وما إلى ذلك والمقابلات (طالع في ذلك كتاب عبد الرحمن العيسوي، أمراض العصر، وباثولوجيا النفس وعلم النفس الطبي وعلم النفس الأكلينيكي والعلاج النفسي والإرشاد النفسي).

diagnosis أي تحديد كم وكيف المرض أو الاضطراب أو الضعف العقلي ومعرفة مقدر شدته ونوعه. وتتضمن عملية التشخيص هذه وصف الاضطرابات وتصنيفها وتحديد الاضطراب الذي يعاني منه المريض. ويحتاج هذا التشخيص إلى تدريب من يقوم به وتأهيله تأهيلاً علمياً دقيقاً جداً حتى لا يخطىء في تشخيص ما يعرض عليه من حالات، ويعتمد في ذلك على مناهج وأدوات كثيرة منها الاختبارات بأنواعها، والمقابلات والمواقف. الصعوبة تكمن في كيف تقرر المحكمة إن المتهم مجنون أم لا؟ أم إنه كفء لكي يقف ماثلاً للمحاكمة. المحاكم تعتمد على علماء النفس والطب العقلي لهذا الإقرار أو التحديد في هذه القضية الفنية بالغة الصعوبة والتعقيد. وذلك لأن الإسراف في تطبيق مبدأ الإعفاء من المسؤولية الجنائية تساعد على انتشار الفوضى. وحيث أن مسألة صدق التشخيص وثباته ما زالت محل شك، فإن منتقدي هذا النظام يرون إنه يقود إلى إساءة استعمال مبدأ الإعفاء من المسؤولية الجنائية وما يترتب على ذلك من هدر مبدأ القصاص والردع والتحذير من ارتكاب الجرائم.

ومؤدي ذلك على الباحث في هذا المجال، وخاصةً في بيئاتنا العربية، أن تجري الدراسات التطبيقية التي تكفل اتسام الاختبارات بالصدق والموضوعية والثبات وبقدرة الاختبار على قياس ما وضع فعلاً من أجل قياسه، وإنه لا يقيس عرضاً أموراً أخرى، فالاختبار الموضوع لقياس الذكاء أو الذهان العقلي يجب أن ينجح في قياس ذلك وفي التمييز بين الشخص الذهاني وغير الذهاني وإلا كانت الأحكام والقرارات القائمة على أساس من تطبيقه باطلة.

كذلك يتعين أن يتسم الاختبار المستخدم بالثبات إلى جانب الصدق reliability and validity[٧] بمعنى أنه يعطي نفس النتائج كلما أعيد تطبيقه على نفس المجموعة

(٧) صدق الاختبار يعني إنه يقيس فعلاً ما وضع من أجل قياسه ولا يقيس أشياء أخرى عرضية أو غير مطلوبة. وإن الاختبار ليس مشبعاً بعوامل أخرى غير العامل المراد قياسه، أما الثبات فيعني أن الاختبار يعطي نفس النتائج كلما أعيد تطبيقه على نفس الفرد أو نفس المجموعة من الأفراد وتحت نفس الظروف فيكون بذلك كالمسطرة المدرجة تدريجاً دقيقاً وصالحة وثابتة في قياس الأطوال. وللتحقق ثبات المقياس هناك عدة طرق منها إعادة تطبيقه على نفس الأفراد وتحت نفس الظروف بعد فترة من الزمن. وهناك طريقة قسمته إلى نصفين وتطبيقهما

من الأفراد، وتحت نفس الظروف، حتى يمكن الثقة فيما نحصل عليه من نتائج من تطبيق هذه الاختبارات، ولكفالة مشروعية القرارات التي نتخذها بناء على هذا التشخيص، وخاصةً إذا كانت هذه القرارات مصيرية وحاسمة في حياة الإنسان وتصل إلى حد الإعدام.

وهناك من يتولى الدفاع عن حقوق المتهم The right of the accused ومن بينها حق الدفاع عن نفسه[٨]، وبيان وجهة نظره. وتكمن الخطورة في أن إقرار إن المتهم ليس كفئاً لكي يقف أمام المحاكم ويحاكم، قد يؤدي ذلك إلى إيداعه في المصحة العقلية مدى الحياة أو على القليل لسنوات طويلة جداً، وقد تكون الجريمة التي آتاها تستحق عقوبة صغيرة. وفي نفس الوقت أن إفلت «مدعي» الجنون من العقوبة أدى ذلك إلى التشجيع على انتشار الجريمة وهدر حياة الأبرياء، وانعدام مبدأ القصاص والردع وتحذير وإنذار الناس بعدم الإقبال على الجريمة. وخلافاً للاهتمام بحقوق المتهم والضمانات الواجب توفرها لحمايته، هناك من يطالب بضرورة حماية حقوق المجتمع العام. وحقوق المجني عليهم من ضحايا المجرم المجنون أو المجرم المريض. The rights of the community. فقد يتمكن المجرمون من خداع السلطات الطبية العقلية والتظاهر بالجنون باستخدام المكر والدهاء في أثناء تشخيص حالاتهم، حيث يقومون بتمثيل دور المجنون. وهناك فعلاً أناس إلتقي بهم كاتب هذه السطور يستطيعون تمثيل أعراض أي مرض من الأمراض كالهوس أو الاكتئاب. عندما تقرر المحكمة إن المتهم ليس مذنباً نظراً لإصابته بالجنون، فإنه لا يدخل السجن، وإنما يودع في أحد المستشفيات العقلية. وبعد ذلك لا يصبح عليه شيء سوى إقناع سلطات المستشفى، بأنه قد تم شفاؤه من علته العقلية ومن ثم يمكن الإفراج عنه.

معاً وهناك تصميم صورتين متكافئتين من ذات الاختبار وتطبيقهما أيضاً معاً ومقارنة نتائج الأفراد على هاتين الصورتين اللتين تقيسان نفس السمة أو نفس القدرة.

(٨) من الأسباب التي تضعها محكمة النقض موجبة لنقض الأحكام وإلغائها وإعادة محاكمة المتهم بهيئة أخرى الإخلال بحقوق الدفاع كأن يطلب المتهم مطلباً قانونياً لإثبات براءته ولا تجيبه المحكمة إلى طلبه رغم جدته في الطلب.

هذه العملية، أي الخداع والتمثيل والغش ليست صعبة، وخاصةً على الشخص السيكوباتي أي المريض بالعته الإخلاقي. ومن علامات مثل هذه الشخصية القدرة على الكذب والغش والرياء والنفاق والخداع وإخفاء المشاعر الحقيقة والبرود الإنفعالي والميل للإجرام psychopathy جميع النقاد لهذا المبدأ يطالبون بإلغاء أو حذف مسألة الكفاءة والجنون من أروقة المحاكم كلية فهل يستجيب القضاء Judiciary لهذا النداء مسألة في انتظار الوقت الملائم. حيث تتدخل المسائل القانونية مع مسائل علم النفس وتصبح الإجابة على الأسئلة مسألة صعبة. تحتاج هذه المسألة إلى مزيد من الدراسات السيكولوجية والطبية والقانونية للحد من تطبيق مبدأ الإعفاء من[٩] المسؤولية الجنائية criminal responsibility.

ومبدأ الإعفاء من المسؤولية الجنائية criminal responsibility مقرر في قانون العقوبات المصري في مادته ٦٢ إذ ينص على إنه «لا عقاب على من يكون فاقد الشعور أو الاختيار في عمله في وقت ارتكاب الفعل، إما لجنون أو عاهة في العقل، وأما لغيبوبة ناشئة عن عقاقير مخدرة، أياً كان نوعها، إذا أخذها قهراً أو على غير علم منه بها «والرأي الذي يذهب إليه كاتب هذه السطور هو الحد من تطبيق هذا المبدأ. وعدم التوسع فيه توطئة لإلغائه كلية[١٠].

---

(٩) Gallatin, J., Abnormal Psychology concepts, Issues, Trend&, Macmillan Publiahing co., Neuyorle, landan, 1982.

(١٠) عبد المنعم الحفني، موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، مكتبة مدبولي، القاهرة، ١٩٧٨ م.

مهام أخصائي الطب النفسي الشرعي

ويمكن تمييز الأعمال الآتية التي يتعيـن أن يقوم بها أخصائي الطب النفسي الشرعي الحديث:

١ ـ دراسة الحالات التي تحال إليه من المحاكم من المتهمين في الجنايات والجنح، وفي بعض قضايا الأحوال الشخصية كالطلاق والزواج وتقرير النفقة والتعويضات اللازمة، وكذلك الأحداث الجانحين.

٢ ـ يكتب تقارير علمية ويقدمها للمحكمة المختصة عن نتائج قيامه بفحص المتهم وقياس سماته وقدراته وأمراضه وأعراضه.

٣ ـ يقوم بدراسة المعلومات التي تدور حول المتهم، والقضية، وظروفها، ويخضعها للمحك العلمي، وإما يقبلها أو يشكك في سلامتها وقد تأتيه هذه المعلومات من ملف الدعوى، ومن سجلات المتهم السابقة، وملفاته، ومن أصدقائه، وأقاربه، وزملائه، ومن آراء الدفاع والاتهام، وتقارير الأمن ومن سجلات المدرسة أو الجامعة، وتاريخه المرضي ومن مقابلة أقارب المتهم.

٤ ـ يوضح نوع المرض الذي يعاني منه المتهم ومبلغ شدته أو كثافته وعما إذا كان ذهاناً عقلياً أم عصاباً نفسياً.

٥ ـ يتضمن التقرير الذي يعده إلى جانب المعلومات، الرأي النهائي الذي انتهى إليه الأخصائي العقلي في وضوح وحسم، مؤكداً عما إذا كان المتهم يصلح ويقوى على المثول أمام المحكمة أم أنه يعفى من ذلك، لأنه لن يفهم ولن يستفيد من هذا الموقف.

٦ ـ في حالة ثبوت مرض المتهم، يقترح الأخصائي نوع العلاج، ونوع المستشفى الذي يمكن أن يودع فيه المتهم، ويوضح مدى احتمالات شفائه والمدة التي قد يستغرقها العلاج.

٧ ـ يحرر الطبيب العقلي الشرعي مثل هذه التقارير في حالة الانتحار وفي حالة قضايا صرف التأمين على الحياة[١٠].

هذه صورة من الصور العديدة لتدخل العلم وتقنيناته في المجال القضائي إلى جانب تدخل الكمبيوتر لحفظ القضايا وتسجيل المبادىء القانونية التي تنتهي إلى قبولها أو رفضها محكمة النقض ليسهل على الباحث القانوني وعلى القاضي الرجوع إلى المبادىء التي أقرت في موضوع الدعوى محل نظره.

---

(١٠) عبد المنعم الحفني، موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، مكتبة مدبولي، القاهرة، ١٩٧٨م.



الفصل الخامس

الأصول التاريخية
لحركة العلاج السلوكي

* مقدمة .
* جون واطسون .
* العادات السيئة والأعراض العصابية (النفسية) .
* الاستجابات الشرطية .
* قصة الطفل (ألبرت) والطفل (بتير) .
* العصاب التجريبي ..
* منهج سلب الحساسية المنظم.

مقدمـــة

لقد كان جون[1] واطسون J. watson منبهراً بفكرة المنعكس الشرطي تلك الفكرة التي عبر عنها إيڤان بافلوف عالم الفسيولوجيا الروسي Pavlov، وفكر في أن مبادىء التشريط يمكن تطبيقها في مجالات أخرى غير المجال التعليمي وخاصةً مجاله السلوكي. إذا كنا نستطيع أن نجعل الكلب يسيل لعابه to salivate عندما يسمع صوت جرس ما، فإنه يمكن أن نفترض أن الإنسان اكتسب جميع استجاباته نتيجة لعملية تشريط Conditioning الفعل المنعكس الشرطي أي ذلك الانعكاس الذي يحدث لانتيجة لمثيراته الطبيعية، وإنما لمثيرات شرطية كأن يرمش جفن العين عند سماع كلمة معينة هذه الفكرة كانت في الأصل هناك مثيرات محايدة لا علاقة لها ولا قدرة على إحداث هذا الفعل المنعكس الشرطي مثل الجرس. كل التعلم البشري يرتكز على فكرة الفعل المنعكس الشرطي، ومن ثم لا أهمية لدراسة أمور مثل الفكر أو التفكير أو الشعور أو اللاشعور كانت النقطة الأساسية عند واطسون هي تكوين[2] العادة Habit formation.

---

(١) جون واطسون (١٨٧٨ ـ ١٩٥٨) john Watson عالم نفسي أمريكي وهو مؤسس المذهب السلوكي في علم النفس والذي يؤمن بأن موضوع دراسة علم النفس هو السلوك الظاهري القابل للملاحظة والقياس والتجريب وبذلك أبعد أفكار كالشعور واللاشعور والوعي والغريزة والوراثة والاستعدادات وما إلى ذلك. وقد فسر هذا المذهب السلوك بإرجاعه إلى قانون (م ـ س) وهو تفسير إلى ميكانيكي أصم.

(٢) Gallatin, j., Abnormal Psychology, Macmillan, N. Y., 1982. P. 64.

لقد اهتم واطسون بتغير ما سماه العادات السيئة أي الأعراض العصابية في لغة سيجمند فرويد[٣] Neruotic symptoms أي الأعراض المرضية. وأعتقد واطسون أن هذه العادات السلبية أو تلك الأعراض العصابية أي المرضية ما هي إلا استجابات شرطية أي مكتسبة أو متعلمة عن طريق التشريط أو الاشتراط أو التعلم الشرطي أي الاقتران أو الارتبـاط الشرطي بين مثير طبيعي كاللحوم مثلاً ومثير صناعي كقرع الجرس أو إضاءة الضوء الأحمر أو الأخضر Conditioned responses ولسنا في حاجة إلى اللجوء إلى الفاظ. أو عبارات خيالية ووهمية مثل الصدمات المكبوتة أو الصراعات اللاشعورية لكي نفسر هذه الأعراض Repressed trauma, Unconscious conflicts هذه الأعراض نشأت من ارتباط مثير محايد مع مثير يمكن أن يحدث استجابة غير شرطية للخوف. بمعنى أن المثير الطبيعي للخوف إذا اقترن زمانياً بمثير آخر كان محايداً، اكتسب هذا الأخيـر. القدرة على إثارة الخوف، أي اكتسب نفس خصائص المثير الآخر. وعلى ذلك افترض واطسون أن الباحث يستطيع أن يخلق أو يكون استجابة الخوف في معمله النفسي أي استجابة خوف شرطي.

ويحدثنا التراث السيكولوجي عن تجربة شهيرة تناولت الطفل «ألبرت» والطفل بيتر Alber and peter قام بها مؤسس السلوكية نفسه جون واطسون Watson. وكان الطفل «ألبرت» في سن أحدى عشر شهراً والذي قام واطسون بتعليمه استجابة الخوف عندما يرى فأراً أبيض. في البداية تأكد واطسون من أن هذا الطفل الصغير لا يخاف من شيء سوى من سماع الأصوات العالية، ومن فقدان السند أو فقدان من يرعاه ويعتمد عليه كالأم مثلاً. كان هذا الطفل يمسك بكل شيء يقترب منه على بعد ١٢ بوصة منه. وخوفه من الأصوات العالية يكاد يكون خوفاً عاماً عند كل الأطفال. ولقد أخذ واطسون في قرع عمود من المعدن بمطرقة حديدية وكان هذا القرع له رد فعل قوي للغاية.

---

(٣) سيجموند فرويد (١٨٥٦ ـ ١٩٣٩) مؤسس مدرسة التحليل النفسي والتي نادت بأهمية اللاشعور والدوافع اللاشعورية والعمليات العقلية الدفاعية اللاشعورية كما نادت بأهمية مرحلة الطفولة الباكرة.

ولقد شجع واطسون «ألبرت» على أن يلعب بفأر أبيض، واستمر الطفل في هذا اللعب بكل سعادة لعدة أسابيع دون وجود أية علامات للخوف ثم أدخل واطسون في واحدة من هذه الجلسات عنصراً جديداً، بأن قام بقرع عامود المعدن عندما يشرع الطفل في لمس الفأر الأبيض محدثاً ضوضاء لم يسعد لها الطفل، وكان الطفل يقفز بعنف ويتجه بعيداً مغطياً وجهه بالمخدة، ولكنه لم يبك. وكرر واطسون هذه العملية. تركت هذه المحاولات انطباعاً لدى ألبرت. وبعد مضي أسبوع أعطيت الفرصة له لكي يلعب بالفأر، ولكنه لم يظهر تحمساً لذلك وبدا جامداً أو خائفاً ظهر الفأر ولكن دون سماع الصوت. لم يحاول ألبرت الإمساك به، فكان يقربه واطسون منه، ولكن كان الطفل يسحب يده. وعندما كان الفأر يلمس الطفل كان الطفل يخاف ويحبو هارباً. بل إن هذا الخوف قد تم تعميمه، وأصبح الطفل يخاف أيضاً من الأشياء المشابهة كالأرنب أو شعر الإنسان أو القطن. ولقد سميت هذه الظاهرة فيما بعد على يد أصحاب العلاج السلوكي بإسم تعميم المثير Stinulus generalization وبعد ذلك استطاع واطسون أن يزيل استجابة الخوف عن طريق إعادة الاشتراط أو التشريط Reconditioning أو محو الاشتراط unconditioning، وتعرف هذه الظاهرة العلاجية الآن بإسم إزالة التشريط أو محو التشريط Deconditioning.

ولقد أجريت تجربة أخرى على الطفل «بيتر» البالغ من العمر ثلاث سنوات. لقد تعلم الخوف من الفئران البيضاء والأرانب والمعاطف المصنوعة من الفراء والريش والقطن والصوف والأسماك و«الضفادع اللعب» واللعب الميكانيكية، هذه المخاوف تهلّمها بيتر في المنزل، وليس في أثناء التجارب. ولقد حاولت السيدة ماري كوفر جون Mary Cover Jones وهي تلميذة واطسون (١٩٢٤) أن تعالج هذا الطفل عن طريق نوع من المثيرات الاجتماعية، بأن جعلته يرى طفلاً آخر يلعب بالفأر دون أبداء أي مشاعر من الخوف. ولكن هذا الطفل بعد إن تم شفاؤه. هاجمه كلب فعادت إليه الأعراض، وهنا فكر واطسون وتلميذته في ربط الشيء المخيف بحدث سعيد، كتناول الطعام، حيث كان الأرنب يعرض عليه وهو داخل قفص، وكان الأرنب يعرض من بعد، وتدريجياً أصبح يوضع على نفس المائدة التي يتناول بيتر طعامه عليها، ثم وضع في حجر بيتر حتى زالت حالة الخوف تماماً، وأصبح بيتر يأكل بإحدي يديه ويلعب

بالأرنب باليد الأخرى. وكانت الصعوبة التي تواجه واطسون هي عدم معرفته بالموقف الأولى الذي حدث في منزل الطفل وأدى إلى خوفه أي التشريط الأولى أو من الدرجة الأولى. ومعنى ذلك ضرورة معرفة تاريخ المريض وهو الأمر الذي يؤكده ويدعو إليه فرويد. كيف حدث الخوف لأول مرة. وكان واطسون يعتقد أنه في الإمكان شفاء المريض وتحريره من الأعراض المرضية دون أي بحث في العمق أو تحليل أعماقه Depth analysis وإنما يكفي إزالة الأعراض Stmptom removal في مقابل التحليل الكامل لشخصية المريض.

ويحدثنا التراث السيكولوجي في مجال العلاج النفسي عما يعرف بإسم العصاب التجريبي، أي المرض النفسي الوظيفي الناجم عن تعرض الحيوان لفترات طويلة وخضوعه للتجربة وضغوطها وضوابطها Experinental neurosis كما حدث لكلب بافوف الذي خضع لعمليات تجريبية في تجارب التعلم الشرطي الكلاسيكي، بقصد تعليمه إسالة لعابه على أثر توفر مثير محايد وهو قرع الجرس أو إضاءة الضوء الأحمر.

على الرغم من أن بافلوف لم يكن مهتماً بعلم نفس الشواذ، إلا أن واحدة من تلميذاته قامت عام ١٩١٤ بتجربة في التشريط الكلاسيكي في محاولة لتعليم الكلب كيف يفرق أو يميز بين مثيرين من الأشكال الهندسية عبارة عن دائرة وشكل آخر عبارة عن دائرة ناقصة. كان الطعام يقدم للكلب بعد عرض الدائرة ولم يقدم شيء بعد عرض الشكل الناقص، فكان الكلب يسيل لعابه بعد رؤية الدائرة ولا يسيل بعد الشكل الناقص. واستمرت الباحثة في عرض الدائرة والشكل الناقص، ولكنها أخذت في تغيير الشكل الناقص) بحيث يبدو تدريجياً كما لو كان من دائرة. وبعد حوالي ثلاثة أسابيع تشابه الشكلان وأصبح على الكلب أن يستجيب لشيئين متعارضين في وقت واحد بعد أن تم تدريبه على إسالة اللعاب عند رؤية الدائرة وتعلم عدم إسالته عند رؤية الشكل الناقص. الشكلان أصبحا متشابهين جداً، هنا أنهارت قدرة الكلب على التمييز بين الشكل المعزز أو المثاب والشكل الآخر. وهنا شعر الكلب بالهياج، وكان ينبح كلما اقتيد إلى غرفة التجريب ولم يكن في الماضي يفعل ذلك.

ولقد أطلق بافلوف نفسه على هذه الظاهرة اصطلاح «العصاب التجريبي»

Experinental neurosis ولقد واجهته هذه المشكلة بين الحين والحين، ففي عام ١٩٢٤م تعرض معمله لفيضان وتضررت الكلاب من هذا من بينها كلب نسي كل ما تعلمه وأصبح على بافلوف أن يضع له برنامج إعادة تدريب Retrainig. وبعد ذلك أجريت كثير من التجارب على الكلاب وعلى الأغنام. واجمعت هذه الدراسات على تأييد اكتشاف بافلوف بأن التجربة إذا كانت غير سارة ومحيطة أو مؤلمة، فإن الحيوانات تصاب بالاضطراب. فالصدمات الكهربائية كانت تجعل الأغنام خائفة. والفئران التي كانت تثاب وتعاقب بصورة عشوائية كانت تستجيب على هذا النحو العشوائي.

وفي تجارب أخرى، أمكن تعليم الحيوانات سلوك التجنب أو التحاشي أو الابتعاد حيث كانت تصدم كهربائياً في جزء معين من الغرفة، فتعلمت الابتعاد عنه Avoidance behaviour ذلك لأن خبرة الصدمة كانت مؤلمة لها.

كانت تبتعد عن الجزء الخطر، وتهرع إلى الجزء الآمن من الغرفة. وحتى عندما وضعت الحيوانات في الجزء الخطر، ولكن دون أن تتعرض للصدمة ظلت خائفة منه، مما يؤكد استمرار عملية التشريط إلى ما بعدها، وكانت تهرب أيضاً من الجزء الذي كان خطراً من قبل إلى المكان الآمن.

وخلص المجرب من هذه التجربة إلى القول بأن الخوف أو القلق مثله مثل الإشباع أو الطعام أو المكافأة أو التعزيز، قادر على إصدار الاستجابة وعلى تعلمها. كالباعث تماماً أي مثل الجوع والعطش والجنس والألم. وفكرة قيام القلق بدور الباعث على السلوك فكرة فرويدية في الأصل، ولكنها تنطبق هنا أيضاً وتجد ما يؤيدها من هذه التجربة وأمثالها. فالسلوك قد يأتي لإزالة حالة الخوف. وفي تجارب الكلاب وجد أن هناك كلباً معيناً يظل يهرب ويعبر الحدود من القسم الخطر إلى القسم الآمن بالغرفة ٤٩٠ مرة حتى بعد زوال الخطر الحقيقي. بل إن بعض الكلاب ظلت تعبر حتى عندما فرضت عليها عقوبات على هذا العبور، مثل هذا السلوك يشبه سلوك الشخص الفوبي أي ذلك الذي يعاني من المخاوف الشاذة Irrational Fears كالشخص الذي يخاف من ركوب المصاعد والطائرات والسيارات والأفاعي والكلاب، وذلك

بنسبة غير معقولة لا تتمشى مع حجم الخطر في هذه المثيرات الفوبية[٤].

وكما إن العصاب التجريبي أمكن تكوينه تجريبياً، كانت هناك محاولات تجريبية أيضاً لعلاجه، من ذلك ما قام به ماسرمان Masserman على القطط. حيث عمد إلى إعادتها إلى القفص لتنعم بالطعام بعد أن عرضها للجوع، وبالتدريج تغلبت على حالة الخوف، وأصبحت تأكل من القفص الذي سبق إن تعودت الخوف منه من جراء تعرضها لصدمات كهربائية وتسمى هذه الحالة بإعادة التشريط Recondition كذلك عمد ماسرمان إلى الاستفادة من المواقف الاجتماعية فوضع قطة غير خائفة مع القطة الخائفة وبالطبع شرعت القطة الجديدة في تناول الطعام أمام القطة الخائفة، حيث شاهدتها وهي تستمتع بتناول طعام الغذاء، ولكن هذه الإجراءات لم تفلح كثيراً مع القطة، وإن كان يفلح مع الإنسان. ولكن القطة تعلمت جذب الطعام بعيداً وتناولته في مكان آمن ومن ثم شفيت من عصابها.

وبعد نشر أعمال ماسرمان أطلع عليها وولب Wolpe وهو من مواليد جنوب أفريقيا، وكان أيضاً من أنصار المدرسة الفرويدية، ولكنه كان قد يأس منها، وكان غير راضٍ عنها. ولقد لاحظ أن التحليل النفسي لا يفيد مرضاه، بل إنه وجد أن مجرد استلقاء المريض على الأريكة المريحة يؤدي إلى بعض التحسن، وتساءل عما إذا كان هناك وسائل أخرى أكثر فاعلية لعلاج مرضاه، وتلقف أعمال ماسرمان Masserman، فكانت الوحي أو الألهام الذي استقى منه تجاربه الخاصة ومنهجه الخاص في العلاج النفس البشري والمعروف بإسم العلاج السلوكي Behaviour therapy فلقد سار وولب على نهج ماسرمان وأحدث تشريطياً العصاب التجريبي، في كلابه، ثم ساعدها بعد ذلك على التخلص منه. وكان يعتقد بأن الحيوان إذا تناول الطعام أثناء عرض مثير مخيف، فإن الخوف سوف يتلاشى. ولكن كلابه لم تستفد جميعها من هذا المنهج فأراد البحث عن طريق آخر. ويخلص هذا المنهج في إطعام الكلاب في مكان آمن بعيداً عن المكان الخطر، وبعد تناول الطعام يقود الكلاب تدريجياً إلى المكان المخيف وذلك على مراحل. فكانت تأكل بعد إن خافت من غرفة المعمل في غرفة

---

(٤) Gallatin, P 76.

أخرى لا تشبه غرفة المعمل، ثم ينقلها إلى غرفة تشبه المعمل قليلاً، ثم أخرى أكثر شبهاً وهكذا حتى تصل إلى ذات الغرفة المخيفة (سابقاً).

لقد تبين ولب إن هذا المنهج مفيد جداً، وإنه يمكن استخدامه مع المرضى، وركز تجاربه على مرض المخاوف الشاذة (الفوبيا)، حيث حاول مساعدتهم لبناء حالة من الاحتمال للموقف المخيف تدريجياً.

في البداية طلب منهم أن يضيعوا قائمة على شكل هرمي تتضمن الأشياء والمواقف التي يخافون منها متدرجة من أبسطها إثارة للخوف إلى أشدها وأكثرها كثافة، وأطلق على هذه القائمة الهرم المدرج للحصر Graded hierarchy. ويبدأ بأبسط المثيرات بعد إن علم مرضاه الاسترخاء التام أو الهدوء أو التحدير، وهو استرخاء العضلات والأطراف وكل الجسم وفي بعض الأحيان استخدام التنويم المغناطيسي لهذا الغرض.

وعندما يتعلم المريض عدم الخوف من المثير البسيط، ينتقل وولب به إلى المثير التالي في الدرجة أو هكذا حتى نهاية الهرم المدرج الحصري كله، وبذلك أمكن التخلص من الفوبيا.

ولقد أطلق وولب على هذه العملية اصطلاح سلب الحساسية المنظم Systematic desensititization أي تعليم المريض عدم الإحساس أو عدم الشعور بالمثيرات المزعجة أو المخيفة كالظلام أو الدم. وتبدو هذه الطريقة أكثر نجاحاً من منهج التحليل النفسي الذي سبق له استخدامه، حيث بلغت نسبة الشفاء التام ٩٠٪ من مجموع مرضاه.

لقد كان وولب يرفض مدرسة التحليل النفسي ومنهجها في العلاج، وكان يعتقد أن الفوبيات تتكون وتفهم في ضوء مفاهيم مثل التشريط والتعميم والتعزيز وخفض الحافز أكثر من كونها نتيجة اللاشعور والصراعات والعقد. وكان يعتقد بأن الناس تصاب بالمخاوف الشاذة، لأنهم مروا بخبرات صادمة Traumatic experiences.

وما إن يحتويهم هذا النمط من الحصر، إلا ويعمم إلى الأشياء الأخرى المشابهة بما في ذلك أشياء عديمة الأذى تلك التي تصادف وجودها وقت الصدمة.

وهذا كل ما يحتاجه المعالج، فهو ليس في حاجة أن يحفر في حياة الطفل الباكرة للبحث عن أسباب «عميقة» «ووهمية».

ولتوضيح ذلك يسوق وولب حالة رجل تمكن هو من علاجه، وكان هذا الرجل قد قضى ليلة مزعجة في أحد الفنادق، كان يحويها الظلام، وكانت معه إمرأة تقزز منها، فنام على الأرض وترك السرير، وبذلك اكتسب عن طريق التشريط استجابات شرطية قوية جداً، ووجد أن منهج سلب الحساسية المنظم Systematic desens itization هو المنهج الصالح لعلاجه وهو عبارة عن محو الاشتراط أو إلغاء التشريط السابق أو إزالته Decondition ing والسبب في فاعلية هذا المنهج أن الإنسان لا يستطيع أن يستجيب في وقت واحد استجابتين متعارضتين، فمثلاً لا يستطيع الإنسان أن يكون قلقاً ومستريخياً، سعيداً وحزيناً، خائفاً ومطمئناً. فإذا كنا نستطيع أن نجعل الشخص الخائف مستريخياً، فإن استجابة الاسترخاء سوف تنهي استجابة الخوف. ولقد أطلق وولب على هذه العملية اصطلاح الكف المتبادل Reciprocal inhibition، حيث تضعف الرابطة بين الاستجابة ومثيراتها. الاسترخاء يمنع أو يكف استجابة القلق وإذا صاحب الاسترخاء المثير المزعج، فإنه يفقد قوته في إحداث حالة القلق لدى المريض(٥).

لم يكن وولب، في الحقيقة، هو أول من استخدم العلاج السلوكي، وإنما واطسون وتلميذته ماري استخدما هذا المنهج في العشرينات من هذا القرن. ولكن أعمال وولب سرعان ما جذبت انتباه كثير من علماء النفس ورأوا في أعماله خروجاً على التقاليد «التحليلية» القديمة.

كان هناك العديد من علماء النفس الذين كانوا على وشك الخروج على التحليلية، ولذلك وجدوا ضالتهم المنشودة في أعمال وولب الذي ظهر في الوقت المناسب وفي المكان المناسب لينال منهجه شهرة كبيرة. وكانوا يستلهمون أفكارهم من أعمال بافلوف وواطسون، ولذلك يوصف منهجهم بأنه العلاج الشرطي الكلاسيكي Classical Conditioning.

---

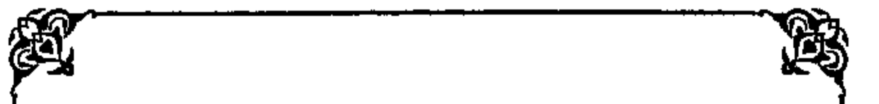
(٥) عبد الرحمن العيسوي، العلاج النفسي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية ١٩٩٤.

وظهر مجموعة أخرى من الباحثين الذين اهتموا بمنهج سكنر، فيما يعرف بإسم الاشتراط الأدوي أو الإجرائي، وفيه يقوم الحيوان بعدد من الإجراءات بحيث يتعلم استجابة شرطية معينة Skinner operant Conditioning وكانوا يفترضون أننا إذا استطعنا أن نستعمل عدة إجراءات لضبط سلوك أو استجابات حيوان ما والتحكم فيها، فإننا نستطيع أن نفعل نفس الشيء مع البشر.

الأعراض المرضية Pathological symptoms عبارة عن عادات سلبية متعلمة، يمكن تعديلها كأي مظهر آخر من مظاهر السلوك، وذلك اعتماداً على عملية التعزيز Reinforcement وعملية الانطفاء Extin ction لقد حدث ذلك مع مريضة كانت معتادة الذهاب إلى غرفة الممرضات عشرات المرات مسببه إزعاج الممرضات وتعطيلهن عن أعمالهن، ولقد نصحهن الطبيب بعدم الاهتمام بها كلما حضرت بل وطردها وإعادتها إلى عنبرها، ولم ينقضي سوى أسابيع حتى تلاشت هذه الزيارات المزعجة، بمعنى عدم تعزيز سلوكها غير المرغوب فيه. حيث كانت تلقى اهتمامهن في الزيارات السابقة، وكان هذا الاهتمام يمثل تعزيزاً كبيراً لها. وعندما توقف تعزيزها توقف سلوكها[٦] أيضاً.

---

(٦) Gallatin, P 81.



الفصل السادس

الأسس التجريبية للعلاج النفسي

* الأمراض النفسية سلوك متعلم.
* أهداف العلاج النفسي.
* الربط بين نظريات التعلم وبين العلاج.
* مبدأ التعزيز.
* سلب الحساسية تجاه المثيرات المزعجة.
* كيف يحقق المعالج تعلماً جديداً؟

الأمراض النفسية سلوك متعلم

كانت الاتجاهات الدينامية أي «التحليلية» المنحدرة من مدرسة التحليل النفسي[1] تستهدف فهم الظروف الشعورية واللاشعورية من خلال عمليات الاستنتاج أو الاستدلال وذلك بغية علاج الأمراض النفسية. ولكن الاتجاهات السلوكية[2] تركز على الدرسة الموضوعية لسلوك العميل أو المريض، وعلى عملية التعلم وخاصة في وضع أو صياغة الفروض الخاصة بعمليات الإرشاد[3] والعلاج. وحيث أن أصحاب هذا الاتجاه السلوكي يركزون اهتمامهم على السلوك، فإن غايتهم الأولى هي التعرف على كيفية تعلم هذا السلوك أوكيفية اكتسابه، واعني بذلك السلوك المعتل أو المرضي. ذلك لأنهم يعتقدون أن الأمراض عبارة عن عادات سلبية مكتسبة أو متعلمة كغيرها من أنواع السلوك الأخرى المتعلمة.

---

(١) المدرسة التحليلية أسسها سيجمند فرويد ومن مبادئها اكتشاف اللاشعور ومحتوياته ودوافعه وتأثير ذلك على السلوك والقول بأهمية مرحلة الطفولة الباكرة في حياة الراشد الكبير.

(٢) المدرسة السلوكية. أسسها جون واطسون وتنظر للسلوك نظرة آلية ميكانيكية وتنكر الشعور واللاشعور والدوافع وتبسط السلوك وتفسره بقانون بسيط هو (م ـ س).

(٣) الإرشاد والعلاج كلاهما من تقنيات العلاج وإن كان هناك فرق بينهما في اختصاص العلاج بالأمراض والأعراض والمشاكل المعقدة أو الشديدة، أما الإرشاد فينصب على المشاكل البسيطة.

• كيف اكتسب الطفل مثلاً عادة الخوف الشاذ والمرضي من المدرسة أو من الكلاب أو من رؤية الظلام، أو من رؤية الدم وما إلى ذلك؟ كيف اكتسب الطفل هذه العادات السلبية وكيف يمكن تعديلها أو تغييرها أو محوها وإزالتها؟

ويحدد أصحاب هذه النزعة السلوكية أهداف العلاج أو الإرشاد في عبارات يمكن ملاحظتها أو مشاهدتها أو إخضاعها للقياس والتجريب. من هذه الأهداف التي سعى العلاج السلوكي الوصول إليها:

أهداف العلاج النفسي

أ ـ تعديل أو تغيير وإزالة السلوك السيء أو التكيف السيء.
ب ـ تعليم العميل كيفية اتخاذ القرارات أو عملية اتخاذ القرارات.
جـ ـ منع ظهور المشكلات.

وقد تختلف هذه الأهداف من عميل إلى آخر، ولكنها تتمشى مع قيم المعالج أو المرشد في العلاج، هذه الأهداف تصاغ بصورة محددة، ويمكن للملاحظ التيقن من حصولها من عدمه(٤).

وينضوي تحت لواء السلوكية أصحاب العلاج الجشطالتي(٥) أو أصحاب نظرية

---

(٤) Bremmer, L. M., Therapeutic psychology, prentice Hall, N. Jersey, P. 52, 1968.

(٥) مدرسة الجشطالت عبارة عن نظرة كلية إجمالية للظاهرة النفسية وهي منظمة وموحدة وتتكون من كليات متكاملة وللكل خصائص تختلف عن خصائص كل جزء من الأجزاء.

المجال[٦]، ذلك لأنهم يركزون على التعلم وعلى الملاحظات المنظمة للسلوك، ولكن يمتاز الاتجاه الجشطالتي بالاهتمام بعملية الإدراك الحسي[٧].

لقد اسهمت نظريات التعلم في نشأة منهج «العلاج السلوكي». ويرجع هذا الاتجاه إلى التجارب التي أجراها عالم الفسيولوجيا الروسي إيفان بافلوف[٨] والمعروفة بإسم «التعلم الشرطي الكلاسيكي»[٩]. وترجع هذه الاتجاهات إلى أعمال مؤسس المدرسة السلوكية في العشرينات من هذا القرن وهو واطسون.[١٠] وكان الاهتمام الأكبر منصباً على دراسة السلوك في أبسط صورة من خلال إجراء التجارب على الحيوانات.

الربط بين نظريات التعلم وبين العلاج

ولقد اهتم كثير من العلماء في العصر الحديث، بالربط بين نظريات التعلم وتجاربه وبين عمليات العلاج والإرشاد، ولحدوث التكامل بين مبادىء ونظريات التعلم وبين مبادىء الإرشاد والعلاج. لقد فتحت نظريات التعلم المجال واسعاً خصباً أمام حركة التجريب، وكذلك فتحت الطريق نحو تغيير السلوك. ولقد أجرى العديد

---

(٦) نظرية المجال عبارة عن استخراج خصائص من المجال الذي يوجد فيه والإنسان وبيئته وحدة واحدة.

(٧) الإدراك الحسي Perception أحد العمليات العقلية العليا ومؤداه إنه إحساس + معنى الشيء المحسوس به أو معرفة دلالته ووظيفته ومغزاه.

(٨) هو إيفان بيتروفتش بافلوف (١٨٤٩ ـ ١٩٣٦) عالم فسيولوجيا روسي تحول إلى دراسة التعلم.

(٩) التعلم الشرطي الكلاسيكي يشير إلى تجارب إيفان بافلوف على عملية أسالة لعاب الكلاب باستخدام المثيرات الصناعية الشرطية التي كانت في الأصل محايدة من ذلك الجرس.

(١٠) جون واطسون عالم النفس الأمريكي الشهير مؤسس المدرسة السلوكية.

من التجارب في ضوء مفاهيم سلوكية تعليمية مثل «الاشتراط الادوي» أو «الإجرائي» وإعادة التعلم الشرطي أو إعادة التشريط، وذلك في مجال الإرشاد. ومن بين هؤلاء العلماء الذين حذوا مثل هذا الحذو وولب حيث سار على نهج سكنر في تجاربه على الاشتراط الإجرائي wolpe.

ومن أولى المبادىء التي يؤمن بها المنظرون في التعلم إن معظم أنماط السلوك سلوك[١٢] متعلم، وكذلك الإيمان بأنه في الأمكان تعديل السلوك أو تغييره عن طريق تطبيق مبادىء التعلم. ومن ثم يمكن تطبيق هذه المبادىء في مجال الإرشاد والعلاج النفسي، وذلك انطلاقاً من الاعتقاد بأن لكل إنسان دوافع أو حوافز أو بواعث، هذه البواعث فسيولوجية في طبيعتها، ولكن من خلال عملية التعلم الاجتماعي يكتسب الإنسان العديد من الدوافع الثانوية أو المتعلمة.

هذه البواعث وتلك الدوافع تحرك الإنسان نحو تحقيق بعض الأهداف، فمن خلال ما تعلمناه سابقاً، نتعلم الآن بعض التوقعات. ومؤدي ذلك إنه إذا سعى الإنسان لتحقيق أو إشباع هدف معين بطريقة معينة، فإنه يتوقع أنه سوف يحققه. وهناك مثيرات أو مفاتيح تحرك استجابة الفرد نحو تحقيق هدفه. وإذا ما أشبعت الاستجابة أو عززت أي نالها التعزيز أو المكافأة والجزاء الطيب، فإنها تميل إلى التكرار والعودة للحدوث في المواقف المستقبلية القادمة وذلك تأسيساً على أحد قوانين التعلم وهو «قانون الأثر» law of effect.

هذا التتابع يعبر عنه بقانون المثير ـ الاستجابة أو (م ـ س) أي إذا توافر المثير فلا بد أن تنتج عنه الاستجابة. وعلى الفرد أن يميز بين عدد من المثيرات وفقاً لما مر

---

(١١) الاشتراط الأدوي أو الإجرائي منهج سكنر ويعتمد التعلم على قيام الكائن بعدة إجراءات.

(١٢) هناك السلوك المتعلم أو المكتسب وهناك أيضاً السلوك الفطري الموروث والذي يمتاز بأنه عام ومشترك لدى جميع البشر وهو موجود منذ الميلاد كالإخراج والامتصاص.

به من تشريط أو تعلم شرطي أو اقتران شرطي أو ارتباط شرطي. . هذه المثيرات يحل بعضها محل البعض الآخر لأحداث نفس الاستجابة. وتعرف هذه الظاهرة بإسم تعميم المثير. وبذلك يمكن ربط أي مثير بأي استجابة. وتعرف هذه الظاهرة بإسم تعميم المثير. وبذلك يمكن ربط أي مثير بأي استجابة. وهنا يكمن دور المرشد النفسي في مساعدة العميل على التعرف على الاستجابات السيئة، بحيث يستبدلها بغيرها من الاستجابات الجيدة. وهنا يمكن تعديل هذه الاستجابة الحصرية بأخرى سوية.

مبدأ التعزيز

من المفاهيم الرئيسية في العلاج السلوكي مفهوم «التعزيز» أي تدعيم السلوك أو الاستجابات السوية، وإعطاء صاحبها المكافأة أو الجزاء الطيب المرغوب، حتى تتأكد هذه الاستجابة وتترسخ في ذهنه، وتميل إلى التكرار والحدوث في المرات القادمة. وعندما تتكرر الاستجابة الايجابية لنفس المثير، فإنها تعمم في المواقف الأخرى المتشابهة للنمط أو النموذج الذي تم تعلمه. أما الاستجابات التي لا تتكرر ولا يتم تعزيزها أو تدعيمها، فإنها تتلاشى، وتنطفيء، وتزول من خبرة الكائن الحي. ومن هنا فإن الاستجابات السلبية أو المرضية يمكن محوها أو إزالتها عن طريق حرمانها من التعزيز. فإذا لم يحصل الطفل الكاذب على مزايا نظير كذبه توقف عن ممارسة الكذب. وإذا لم يشعر مدمن الخمر بلذة كف عن شربه. في عملية الاشتراط أو التشريط أي التعلم الشرطي أو الارتباط أو الاقتران الشرطي، يتعلم الفرد أن يستبدل مثيراً بمثير آخر. فالجرس أو الضوء الأحمر يحل محل رؤية الطعام مثلاً أو شم رائحته، يحل محله في أحداث الاستجابة أي إسالة اللعاب. نفس الاستجابة التي كانت تحدث نتيجة تعرض الإنسان لمثير معين، هي ذاتها تحدث، ولكن نتيجة تعرضه لمثير آخر بديل أو بلغة التشريط مثير شرطي «الجرس». أما عملية الحصول على استجابة مختلفة بنفس المثير فتسمى اصطلاحاً إعادة التشريط أو الاشتراط أو التعلم الشرطي. أو بعبارة أخرى إعادة تعلم الفرد سلوكاً آخر أكثر إيجابية.

سلب الحساسية تجاه المثيرات المزعجة

من الأصول التجريبية للعلاج السلوكي «الاشتراط الأدوي أو الإجرائي» وعملية «سلب الحساسية» أو فقدان الحساسية للمثيرات المسببة للقلق. ويقوم الاشتراط الأدوي على أساس مكافـأة أو تعزيز السلوك الإيجابي المرغوب فيه، وبذلك تقوى الاستجابات المرغوبة وتستعصى على الزوال أو الإنطفاء، من أمثلة هذا التعزيز أو المكافآت مديح المعالج وثناؤه على المريض أو مجرد ابتسامته وإيماءاته للعبارات التي يقولها العميل تلك الإيماءات التي تؤخذ على أنها تعبير عن موافقة المعالج. أما منهج سلب الحساسية فعبارة عن تعريض العميل لمثيرات القلق نفسها، ولكن وهي في حالات متزايدة من الضعف التدريجي حتى تفقد هذه المثيرات الضعيفة القدرة نهائياً على أحداث القلق أو الحصر في نفس العميل. بحيث نبدأ بأقلها إثارة للقلق، فإذا لم يحدث القلق، نزيد من حجم أو قوة المثير بدرجة أخرى وهكذا، نستمر في الزيادة دون أن تحدث استجابة القلق حتى نصل إلى الحد الطبيعي للمثير ومع ذلك لا تحدث الاستجابة، وكأن المثير فقد قدرته على أحداث الاستجابة إذا كان العميل فقد الأحساس بالمثير المزعج.

وكما يصف ولب هذا المنهج wolpe، فإنه لا بد وأن يمارس تحت ظروف كاملة من الاسترخاء التام. ويتطلب ذلك تدريب العميل على ممارسة الاسترخاء relaxation.

ولقد ابتكرت برامج أخرى للعلاج السلوكي قائمة على أساس الفعل المنعكس الشرطي. ابتكرت على أساس من التجارب التي أجريت على الإنسان وعلى الحيوان، وعلى أساس من البحوث التي أجريت في هذا الميدان. وكان الهدف إزالة سلوك القمع أو الكف وليس إزالة الأعراض المرضية، وذلك من خلال تغيير بيئة المريض. وهناك طرق تستهدف التوكيد في عملية العلاج وتنمية قدرة العميل على ممارسة الاختيار بين الاستجابات، وذلك بعيداً عن فكرة العمق والتغلغل في شخصية المريض، وفكرة عمليات أو حيل الدفاع. ومؤدي ذلك أننا لكي نغير سلوكاً ما نضع ظروفاً تتعارض أو تتداخل مع السلوك القديم، وبحيث يتعلم العميل طرقاً جديدة

للاستجابة لمثيرات البيئة. وتساءل بعض أنصار هذا الاتجاه عما إذا كانت هناك أية ضرورة لافتراض اللاشعور أو حيل الدفاع اللاشعورية[١٣] وعلى وجه الخصوص حيلة مثل الكبت.

إلى جانب ذلك، فلقد اهتم أنصار الاتجاه السلوكي في العلاج بإجراء التحقيق التجريبي، والبحث عن الصدق التجريبي لمعالجاتهم. يضع المعالج مفاهيمه وفروضه في صيغة سلوكية يمكن إخضاعها للملاحظة ودراستها في مختبرات علم النفس. ويرفض أنصار هذا الاتجاه الفروض العامة أو السائبة أو الغامضة أو الصعبة[١٤].

ومن وجوه الاختلاف بين أصحاب الاتجاهات الدينامية التحليلية (التحليل النفسي) وبين أصحاب الاتجاه السلوكي، وجهة نظر كل فريق في الأعصبة النفسية[١٥] أي الأمراض النفسية. فوفقاً للتصور التحليلي الأعصبة أن هي إلا سلوك يمنع الحصر أو القلق الشديد أو المكثف من أن يصبح قلقاً شعورياً. فعلى سبيل المثال المخاوف الشاذة والأفعال القهرية أو القسرية التي يجد الفرد نفسه مساقاً للقيام بها رغم إرادته، ومنها تكرار غسل الأيدي أو عد أعمدة النور، عبارة عن سلوكيات تعلمها الإنسان لحفظ توازن الشخصية، ولخفض حدة التوتر الناشيء من الطفولة الباكرة وخبراتها. أما أرباب العلاج السلوكي فيرون إن هذه الأعصبة عبارة عن سلوك متعلم أو مكتسب أو استجابات متعلمة بقصد خفض حدة الدوافع أو البواعث. فالفوبيا أو الخوف اللامعقول عبارة عن سلوك متعلم لتحاشي المواقف الفوبية. هذا السلوك يمكن خفضه عن طريق مناهج إعادة التشريط أي إعادة التعلم يحدث هذا السلوك المرغوب فيه

---

(١٣) يقصد بحيل الدفاع اللاشعورية عمليات عقلية لا شعورية تقوم بها الذات الوسطى ego للدفاع عن نفسها من التعرض للقلق الشديد. من هذه العمليات اللاشعورية الإسقاط، التبرير، التعويض، الإزاحة، العكسية، الإنكار، الإبدال، والتوحد أو التقمص.

(١٤) Bremmer, P. 54.

(١٥) الأعصبة النفسية أمراض نفسية معظمها أمراض وظيفية بسيطة نسبيا عن الذهانات العقلية أي الأمراض العقلية. من هذه الأعصبة الشائعة القلق والاكتئاب والمخاوف الشاذة والهستيريا والوسواس/ القهري وتوهم المرض وعصاب الحرب والعصاب المؤسسي والعصاب التجريبي.

عندما يتم تعزيزه أي عندما يلحقه الثواب، ويتوقف هذا السلوك أو يختفي أو ينطفيء عندما يغيب التعزيز. يتعلم العميل الاستجابة الإيجابية في ضوء التعزيز في الموقف التجريبي، ولكن كيف يمكن أن يعمم هذه الاستجابة الناجحة خارج نطاق الموقف التجريبي وبعيداً عن تأثير المعالج النفسي أو المرشد النفسي؟

من ذلك توسيع قاعدة الحرية أمام العميل للتحرك، بحيث يلم بكثير من الأنشطة ويستطيع أن يمارسها أو يشارك فيها تلك الأنشطة التي تقود إلى الإشباع والرضا، مع توسيع مفهوم العميل عن نفسه وجعل هذا المفهوم أكثر مرونة، والتخلص من المفهوم الجامد للموقف الذي يوجد فيه العميل، وبذلك يمكن أن يتوقع الاستجابات التي تجلب له المكافأة وليس العقاب. يجرب العميل بنفسه توقعات من ذلك أن يشجع نفسه على الحديث أمام مجموعة من الناس، ويتم تشجيع الشعور بالنجاح ويتم تعزيز هذا الشعور بالنجاح عن طريق ما يلقاه من الناس من استحسان. كذلك فإن مقابلة المعالج للعميل بالموافقة والقبول تمثل تعزيزاً إيجابياً لسلوك العميل. فقد يأتي العميل وهو يتوقع النقد والرفض لما كشف عنه من خبايا نفسه، ولكنه يجد المرشد أو المعالج متفهماً لحالته ومرتاحاً لها. شعور العميل بأنه مقبول لا مرفوض من الغير، وبأنه مفهوم من قبل الغير ومحبوب أيضاً يمثل نمطاً من التعزيز الإيجابي، ويمكن تعميم هذا الشعور بالقبول عن طريق الناس الآخرين خارج دائرة العلاج[١٦].

كيف يحقق المعالج تعلماً جديداً؟

هناك بعض الاقتراحات والمحاولات، من ذلك تشجيع المعالج للعميل بأن يفصح عن ذاته، ويعبر عن انفعالاته ومكوناته ومشاعره وآلامه. ويطلق سراح توتراته وصراعاته الحبيسة، وكذلك مشاكله، وذلك لكي يتمكن من إدراكها والوعي بها والتعرف عليها والإلمام بها. وإن يعيد تحديد معناها أو تعريفها أو مفهومها بصورة سليمة وسوية وواقعية. وهنا يساعده المعالج، من خلال تقديم الاقتراحات التفسيرات

---

(١٦) Bremmer, P. 56.

أو الشروح والتأويلات لما يسمع منه، وذلك بغية بناء توقعات أخرى تقود إلى مزيد من النتائج الناجحة والمشبعة أو المرضية، يحاول المعالج أن يخرج السلوك المرغوب فيه، ومن ثم يعمل على تعزيزه أو تدعيمه أي منح العميل المكافأة والجزاء الطيب عليه، ومن ثم يتم تثبيته في خبرة العميل، وينزع إلى تكراره في المستقبل.

وهناك من يستهدف في المحل الأول، منع العميل من تعميم شعوره بالقلق أو الحصر إلى مثيرات أخرى، كأن يمتد خوف الطفل من الكلاب إلى القطط والأرانب والدجاج وغيرها من الحيوانات. ويساعد المعالج العميل على إدراك توقعاته السلبية أو الفاسدة دون أن يستخدم الجدال معه أو ممارسة الضغط عليه. في هذه الحالة سوف يشعر العميل بأن مشاكله وصعوباته ترجع إلى حالة الخلط عنده وإلى قلة الفهم أكثر من كونها عائدة إلى ضعف إرادته أو قوة إرادته أو قواه الداخلية أو تعود إلى كسله أو سلبيته. ويفضل أن تصدر الاقتراحات والأنشطة الجديدة من ذات العميل، وليس من المعالج نفسه، ذلك لأن الإنسان يميل إلى تنفيذ الآراء النابعة من ذاته هو أكثر من ميله لتنفيذ الأشياء المفروضة عليه أو المقترحة له عن خارج ذاته.

وفي حالات أخرى قد يتدخل المعالج لتعليم العميل بعض المهارات التي يستخدمها لجلب المكافآت أو التعزيزات المتوقعة. من ذلك الطالب الراسب قد يحتاج إلى تعليم مناهج جيدة في التحصيل[١٧] والاستيعاب والإنجاز وذلك قبل أن تتكون لديه فكرته عن ذاته بأنه «طالب ناجح» هذه الفكرة سوف تعمم لتصبح فكرته عن ذاته بأنه «إنسان ناجح» عموماً.

---

(١٧) التحصيل فن من الفنون الذهنية وله شروط تجعله تحصيلاً جيداً من هذه الشروط وجود دافع لدى المتعلم والإعتماد على الفهم والاستيعاب والتكرار ووجود الأثر الطيب أو الثواب واستخدام الطريقة الكلية في التحصيل والإعتماد على التسميع الذاتي ومعرفة نتائج تحصيله أولاً بأول وتوفر الإرشادات والتعاليم الصحيحة واستخدام الجهد الموزع بدلاً من المركز. وتوفر الكتاب الجيد والأستاذ الجيد والمعامل والمختبرات والمكتبات.

ويستفيد المعالجون النفسيون من فكرة انتقال الخبرة من موقف إلى موقف آخر، والانتقال من توقع الأمر(أ) مثلاً إلى توقع الأمر(ب) حيث تتوالى أو تتابع التوقعات لدى العميل.

والحقيقة إن الاتجاه التعليمي في الإرشاد والعلاج يعد منهجاً جيداً في تعديل السلوك أو تغييره أو إعادته إلى التكيف والسواء. هذا الاتجاه التعليمي يثير كثيراً من مجالات البحث والتجريب في مجال العلاج والإرشاد والتحقق التجريبي من نتائجهما دون أن يكون في التجربة افتعال أو جو مختبري مصطنع، وقيود صارمة على حركة العميل في أثناء التجربة. والمأمول أن يزداد تطبيق نظريات التعلم ومبادئه في ميداني العلاج والإرشاد. وإن يتسع آفاق تطبيقه في عالمنا العربي.

ولكن هذا الاتجاه، كغيره من الاتجاهات العلمية والمهنية الأخرى، لا يخلو من النقد من دلك إن التركيز على «الموضوعية» وإنكار دور اللاشعور ومظاهره يؤديان إلى شلل أو عقم أو آلية أو ميكانيكية الاتجاه. وأن الشخصية الإنسانية أكثر تعقيداً من خضوعها للدراسة بمناهج جامدة تلك المناهج المصممة لدراسة الحيوانات الدنيا. إذا شتان بين سلوك الفأر وسلوك الإنسان الراشد مثلاً. كذلك فإن نظريات التعلم تقوم على أساس نماذج مبسطة جداً لا تنطبق على العمليات الإنسانية المعقدة. يستهدف أصحاب نظريات التعلم فهم السلوك في جماعات صغيرة ومنضبطة ضبطاً جيداً، ويأملون تطوير مناهجهم حتى يمكن دراسة العمليات العقلية العليا في الإنسان كالتفكير والتخيل والتصور والإدراك والتعلم والتذكر والإبداع. ومن وجوه النقد إن نظرية التعلم تركز على عملية التعلم أكثر من تركيزها على ذلك «الإنسان» الذي يقوم بعملية التعلم. الإنسان أهم وأجدر بأن ننظر إليه في عموميته وفي كليته. كذلك يخشى النقاد من أن يتحول المعالج النفسي إلى مجرد مهندس بشري يضبط السلوك الإنساني بطريقة آلية كما نضبط سلوك السيارة أو المركبة(١٨).

---

(١٨) Bremmer, P. 57.



الفصل السابع

مناهج العلاج النفسي وتقنياته

* الإرشاد النفسي التقليدي.
* الإرشاد الممركز حول المريض.
* العلاج الجماعي.
* العلاج محدود الهدف في مقابل العلاج طويل المدى.
* العلاج السطحي في مقابل علاج العمق.
* العلاج العاطفي في مقابل العلاج المعرفي.
* العلاج التوجيهي في مقابل العلاج غير التوجيهي.
* المرونة في مقابل الجمود في العلاج.
* العلاج الجماعي.
* علاج الأطفال باللعب.
* علاج العلاقات.
* العلاج التفسيري أو التأويلي.
* العلاج التنويمي: السلوك التنويمي.
* أحداث الأحلام.
* العلاج بالتخدير.
* السيكودراما.
* العلاج التوجيهي.
* العلاج الوجودي.

زيادة انتشار الأمراض النفسية

في هذا العصر يزداد انتشار الأمراض العقلية والنفسية وذلك بسبب انتشار القلق إلى الحد الذي جعل يطلق على هذا العصر كله (عصر القلق) حيث تزداد معاناه إنسان العصر من الضغوط والتوترات والصراعات واحتدام المنافسات وارتفاع مستوى الطموح عند إنسان العصر وخاصة الشباب بما يفوق مستوى اقتدارهم، فيضعون أنفسهم في موضع الفشل والإحباط، وما يترتب عليهما من فقدان الشعور بالثقة بالنفس والشعور بالنقص والدونية. وفي هذا العصر تتفشى الأمراض الاجتماعية كالبطالة والفقر والغلاء والتطرف والعنف والجريمة والانحراف والجنوح، علاوة على التمزق الأسري وانتشار حالات الانفصال والطلاق، إلى جانب ما يعانيه إنسان العصر من الحروب المحلية والأقليمية والتهديد بها والاستعداد لها فضلاً عن إجراء التجارب النووية وانتشار التلوث في الأرض والماء والهواء، بل هناك ما يعرف بالتلوث السمعي. يصاحب ذلك من تفشي الموضات والبدع والخلاعة إلى جانب النزعات المادية والالحادية وفوق كل ذلك البعد عن حظيره الدين ومظله الإيمان وما يترتب عليهما من الشعور بالهدوء والسكينة والزهد والقناعه والتقوى والخشوع والورع والتوكل على الله والاعتماد عليه، والإيمان بالقضاء والقدر. علاوة على ذلك تفشي ظاهرة الإدمان على الخمور والمخدرات وابتكار أنواع شديدة الخطورة والتأثير من المخدارت كالهيروبين والكوكايين وما يترتب على ذلك من ذهاب العقل وتدمير الشخصية وهلاك الصحة وتحطيم الأسرة وتشريد أفرادها وفقدان المدمن لوظيفته ومكانته الاجتماعية، ولا يخفى ما يعانيه الشباب من صعوبات في الزواج وتكوين الأسرة، وتحقيق الإشباع الحلال. فضلاً عن حالات التأخر والفشل الدراسيين وما

يتعرض له الفرد طفلاً ومراهقاً وشاباً من إقران السوء وانعدام القدوة الحسنة والمثال الطيب الذي يقتدي به، وتفكك الأسرة وضعف سلطانها وانشغال المرأة خارج المنزل واستقلالها اقتصادياً علاوة على ما يشوب عملية التنشئة الاجتماعية والنفسية والاخلاقية والروحية من إعطاء (الدلع) الزائد عن الحد أو التدليل وترك الحبل على الغارب للطفل ليفعل ما يشاء متى يشاء وكيفما يشاء وأينما يشاء.. أو تعرض ذلك من الإفراط في القسوة والشدة والعنف والصرامة والضد والزجر والنهر والبطش والتسلط على إرادة الطفل والمراهق أو النبذ والطرد والرفض وعدم قبول الطفل أو التذبذب بين الشدة واللين، أو الإهمال وعدم رعاية الطفل، أو الحرص على تربيته تربية سوية إسلامية صالحة والعمل على نجاحه أو اللهفة الزائدة عليه، فينشأ بذلك خوافاً هياباً لا يقوى على تحمل إعباء الحياة ومشاقها، فينهار لغير ذلك من الأسباب. وقد تكون الأسرة نفسها عارية من القيم والمثل والمعايير، فيعيش الطفل في بيئة معتلة مريضة تنقل إلى أمراضها وانحرافها وكما يقولون «فاقد الشيء لا يعطيه». وقد تكون الأسرة منحرفة وينحرف الطفل تقليداً ومحاكاه لها وقد يعاني الطفل من الحرمان المادي والعاطفي.

ومن الجدير بالذكر أن الثراء الفاحش حيث يفتقر إلى الوعي والقيم لا يقل ضرراً ولا هدماً وتدميراً في شخصية الطفل عن الفقر والعوز، كلاهما من عوامل الهدم إذا ضاع الوعي وقل التمسك بالقيم والمبادىء الدينية والإخلاقية، ولا يخفى ما يسود الأسرة الحالية من تفشي المنازعات والصراعات والمنغضات واختلاف أساليب الوالدين في تربية أبنائهما. بل قيام أحد الوالدين باستخدام وتسخير الأبناء في معاركه وصراعه مع الطرف الآخر في محاولة لتدعيم «معسكره» وهزيمة الطرف الآخر فيتحول الجو الأسرى إلى «حلبة من حلبات الحرب الخفية أو العلنية»[1].

(١) عبد الرحمن العيسوي، العلاج النفسي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية ١٩٩٤.

تقنيات العلاج السلوكي

العلاج السلوكي، كغيره من مناهج العلاج النفسي المختلفة، فن من الفنون المهنية الرفيعة والخطيرة والتي تتطلب إلمام من يمارسه بهذه المناهج إلى جانب إلمامه بالحقائق العلمية في علم النفس والتي تدور حول نحو الكائن البشري وطرق تفكيره وإدراكه وتصوره وتخيله وتذكره وتعلمه وأساليبه في التعبير عن انفعالاته مع الإلمام بوظائف أعضائه وخاصة جهازه العصبي والغدي وعلاوة على ذلك لا بد من الإلمام بالأمراض النفسية والعقلية والسيكوسوماتية والانحرافات والاضطرابات الإخلاقية كالإدمان والشذوذ والجريمة ومعرفة أسبابها وأعراضها ولذلك فالعلاج النفسي فن من الفنون المهنية وإن كان يعتمد على الحقائق العلمية.

التدريب التوكيدي Assertive raining:

هذا النشاط عبارة عن نوع من التعليمات التي يعطيها المدرب للمريض لكي يؤكد شعوره بذاته، وما يترتب على ذلك من الشعور بالثقة في النفس، وما يؤدي إليه من التحرر من مشاعر النقص والدونية أو الخجل أو الإنطواء. ويتم هذا النشاط التوكيدي من خلال منهج لعب الدور Role - Playiny ومنهج التكرار أي تكرار الممارسة التدريبية Rehearsal.

ويستهدف هذا التدريب مساعدة الفرد لاكتساب المهارات التي تساعده على التغلب على المخاوف الاجتماعية والكف أو المنع أو الشعور بالنقص والدونية، وبعد التدريب يشعر المريض بالثقة في ذاته وبالقدرة على ممارسة حياته العادية وإقامة

علاقات سوية ومتكافئة مع المحيطين به. وهناك عمليات علاجية أخرى لا بد من الإشارة إليها من ذلك التشريط الأدوي والتشريط الكلاسيكي[٢].

التشريط الكلاسيكي classical conditioning:

أول شكل من أشكال التشريط أي التعلم الشرطي الذي لاحظه إيفان بافلوف Ivan Pavlov عالم النفس الروسي الذي كان مهتماً في بداية حياته بدراسة فسيولوجيا عملية الهضم (١٨٤٩ ـ ١٩٣٦). ويتضمن الإقتران الزمني أو الارتباط بين مثير محايد، أو المزاوجة بين هذا المثير المحايد كالجرس مثلاً أو الضوء الأحمر أو الأخضر، مع مثير طبيعي كاللحوم أو الطعام عامة ذلك المثير الطبيعي الذي يثير أو يستدعي انعكاساً معيناً أو استجابة كأسالة لعاب الحيوان مثلاً بعد تكرار هذه المزاوجة يصبح المثير الذي كان محايداً قادراً على أحداثه الأستجابة التي تسمى الآن «استجابة شرطية». ويتسم هذا اللون من التشريط بالسلبية والبعد عن النشاط الايجابي الذي يتوفر في نمط آخر من التشريط هو التشريط الأدوي أو الإجرائي الذي يتضمن استجابات أكثر إيجابية وإرادية. وعن طريق عملية التشريط هذه أو التعلم الشرطي، يكتسب المثير الشرطي أي المحايد الذي لم تكن له أية صلة بالاستجابة ولا قدرة باستدعائها، يكتسب صفة المثير الطبيعي، ويصبح قادراً على أحداث الاستجابة المطلوبة. فاللعاب يسيل عند سماع الجرس أو عند رؤية الضوء الأحمر بدلاً من رؤية اللحوم المشوية أو شم رائحتها. ويستخدم هذا النمط من التشريط في تكوين ارتباطات جديدة وتعلم الأتيان باستجابات[٣] مرغوب فيها كحب الدراسة مثلاً.

المعالج المعرفي Cognitive therapist:

هو المعالج الذي يتناول عدداً من الاضطرابات المختلفة عن طريق الاستكشاف أو الفحص والتحري وسبر أغوار المريض، ثم محاولة تصحيح أو تصويب أفكار

---

(٢) Gallatin, J., Abnormal psychology, Macmillan, N. Y. 1982.

(٣) عبد الرحمن العيسوي، علم النفس الفسيولوجي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية ١٩٩٤.

المريض الخاطئة Faulty ideas ويعتبر العلاج المعرفي نمطاً من أنماط العلاج السلوكي حيث يقوم العلاج وتعديل سلوك المريض على أساس من إلمام المريض بعدد من المعلومات والمعارف والحقائق التي تفيده في تغيير اتجاهاته وسلوكياته.

العلاج عن طريق الكراهية أو النفور أو التقزز أو الاشمئزاز Aversive therapy :

ويعتمد هذا المنهج على استخدام الأشياء المكروهة أو التي يخاف منها المريض خوفاً شديداً وبعبارة أخرى يعتمد هذا المنهج على فرض ألوان معينة من العقاب على المريض كلما أتى بالسلوك غير المرغوب فيه أو السلوك المزعج أو الشاذ، كإظهار الرغبة الجنسية الشاذة من ذلك الصدمات الكهربائية أو تعاطي العقاقيـر المسببة للقيء والغثيان أو تلبان المعدة أو المغص. فمريض إدمان الخمر مثلاً يتوقع أن يشعر بلذة عند تناول الشرب، ولكنه يشعر بالمغص والألم والقيء إذا دسسنا له في الشراب مادة مسببة للقيء ، فينفر من الخمر ويكرهه ويشمئز منه في المستقبل.

منهج سلب الحساسية المنظم systematic Desensitization :

هذا المنهج في العلاج النفسي ابتكره عالم النفس وولب wollpe سنة ١٩٥٨ . فلقد استمد هذا المنهج من التجارب التي أجراها على الحيوانات. ولقد استطاع أن يعالج حيواناته التي أصيبت بالعصاب في أثناء التجربة. واعتقد أنه في الأمكان علاج الإنسان العصابي. ويستهدف هذا النمط في العلاج في سلب أو فقدان المثيرات قدراتها على إثارة الخوف أو الإزعاج في نفس المريض، وبالتالي سلب أو فقدان حساسية الإنسان لهذه المثيرات، بحيث تتوفر هذه المثيرات ولا يتوفر ما كانت تسببه من القلق أو الحصر أو الإزعاج . وبذلك يتصرف المريض حيالها تصرفاً طبيعياً، ويتم هذا بصورة تدريجية ومنظمة. وفي سبيل تحقيق ذلك كان وولب يجعل المريض في حالة استرخاء عضلي وعصبي شديدة جـداً، وبينما هو في حالة استرخاء التام هذه نعرض عليه مثيرات الخوف بصورة حقيقية أو خيالية. ويشترط أن يكون المثير في أضعف حالته. ويتطلب ذلك أن يعد المعالج قائمة المثيرات يضعها في شكل متدرج

من أبسطها إلى أشدها ثم يبدأ مع المريض بأبسطها وينتهي بأشدها. وهو أحد مناهج العلاج السلوكي ابتكرها وولب لعلاج المخاوف الشاذة عن طريق قيام كل من المعالج والمريض بوضع هذه المثيرات الحصرية ثم يبدأ يدخل المثيرات بطريقة منتظمة مبتدئاً من أبسطها إلى أشدها. وينتهي الأمر بعرض أشد المثيرات إثارة للخوف ولكنها لا تثيره في نفس المريض[٤].

التعزيز Reinforcement:

يرجع هذا المصطلح إلى المدرسة السلوكية وإلى عملية التشريط أو التعلم الشرطي ومؤداه إعطاء الجزاء الطيب أو المكافأة على بعض الاستجابات التي يراد لها البقاء والتكرار. وقد يكون التعزيز إيجابياً وقد يكون سلبياً، بمعنى أن يعقب الاستجابة العقاب أو الألم بحيث لا تتكرر هذه الاستجابة. فالتعزيز السلبي معناه إخضاع المريض إلى نوع من العقاب بعد الإتيان باستجابة معينة بقصد إطفاء هذه الاستجابة أو كفها أو منعها من الظهور مرة أخرى. فالطفل إذا ناله العقاب كلما سرق شيئاً ما أو أهمل في إنجاز دروسه كف عن هذه السرقة أو ذلك الإهمال أو العدوان على زملائه. أما في حالة التعزيز الإيجابي، فنحن نوفر الجزاء الطيب أو المكافأة المادية أو المعنوية كالثناء على الطفل والإطراء عليه كلما أتى عملاً طيباً أو منحه هدية رمزية أو كتابة إسمه في لوحة الشرف أو استحسان وتقدير أعماله الإيجابية أو إعطائه مزيداً من المصروف اليومي أو شراء له ما يرغب في شرائه. فالتعزيز مستمد من تجارب التعلم وكان يعطي للحيوان كلما نجح في تعلم الاستجابة على شكل طعام يحبه الحيوان.

الكف المتبادل Reciprocal inhibition:

يرجع هذا المفهوم إلى جوزيف وولب. ومؤدي هذا المنهج إزالة الاستجابة المعتلة أو المريضة وتعليم المريض استجابة أخرى بدلاً منها. كأن يتعلم إظهار

---

(٤) عبد المنعم الحفني، موسوعة علم النفس والتحليل النفسي، مكتبة مدبولي، القاهرة، ١٩٧٨.

استجابة الاسترخاء بدلاً من استجابة القلق. وذلك في حضور المثيرات التي كانت تخيف المريض وتزعجه وتقلقه. ومعنى ذلك أننا نستطيع أن نزيل عادة الإهمال أو مشاهدة التلفاز ونغرس غيرها في الطفل كحب الاستذكار أو ممارسة النشاط الرياضي ليحل محل الاستجابة غير المرغوب فيها. أو نزيل عادة القذارة ونضع بدلاً منها عادة النظافة أو النظام وهكذا يتم استبدال عادة سلوكية بعادة أخرى.

هرم المثيرات الحصرية Anxiety Hierarchy:

عبارة عن قائمة من المفردات أو البنود أو الأشياء. فالمواقف والأحداث التي تسبب الخوف أو القلق لدى المريض. يتم وضع هذه المثيرات في ترتيب خاص يبدأ من أقلها خوفاً إلى إكثرها خوفاً. ويستخدم هذا الهرم مع منهج سلب الحساسية المنظم في علاج[٥] الأمراض النفسية وخاصة علاج الخوف والقلق. فالشخص المصاب بفوبيا الكلاب أي الخوف المرضي الشاذ من الكلاب نبدأ علاجه بمجرد الحديث معه عن الكلاب، وهو في حالة تامة ومطلقة من الاسترخاء العقلي والنفسي والحسي والعضلي والفكري. فإذا لم يثر، بمعنى إذا لم يظهر علامات القلق انتقلنا معه إلى عرض مجرد صورة لكلب في كتاب مصور. فإذا لم يثار انتقلنا معه إلى عرض كلب على شكل دمية أو لعبة. فإذا لم تحدث استجابة القلق، عرضنا عليه كلباً محنطاً، ثم كلب صغير على مسافة بعيدة جداً ثم كلب أكبر منه، ثم نأخذ في الاقتراب بالكلب تدريجياً حتى يقترب منه ويلامسه دون أدنى خوف. .

---

(٥) Gallatin, O P. Cit.

الإرشاد النفسي التقليدي

يسعى الفرد الذي يعاني من مشكلة ما إلى المساعدة في فهم مشكلته، ثم إلى معرفة الخطوة التالية التي ينبغي عليه القيام بها.

إن إعطاء النصائح أو الإرشاد هو لا شك الصورة النمطية للعلاج النفسي سواء أكان ذلك بواسطة الآباء والأمهات أو المعلمين والمعلمات أو رجال الدين أو المحاماة أو الأطباء أو السيكولوجيين أو الإرشاد الفني فله عدة صور، من بين هذه الصور الإرشاد المهني vocational counseling والصناعي industrial أو التربوي أو الزواجي أو الديني.

يعتمد الإرشاد التقليدي على عدة افتراضات منها أن المرشد شخص خبير expert له خبرات ومعارف أكثر سعة وعمقاً من تلك التي يمتلكها المريض. وعلى ذلك فإن دوره يشبه إلى حد ما دور المعلم educator، أو التربوي فهو يزوده بالمعلومات، ويقوم بتفسير الحقائق، ويوسع أو يضيق من مجالات الاختيار أمامه مما يسهل على المريض عملية إصدار القرارات، وتحديد موقفه من الأحداث المحيطة به.

ومن المبادىء الأساسية أيضاً أن المرشد شخص أكثر حكمة wiser في فهم وتفسير مشاكل المريض ومن ثم فإن المريض يضع تاريخ حياته أمامه حتى يتمكن المرشد من إستبصار مشاكله، وأن يساعده في رؤية طريقه خلال هذه المشكلات[1].

---

(١) Hilgard, E.R., op. cit., p. 532.

والمبدأ الثالث أن المرشد يكون أكثر موضوعية more objective وذهنه نظيفاً وذلك في تحليل البدائل التي ستقود إلى إتخاذ القرارات وذلك مرجعه أنه ليس أسيراً لصراعات المريض Conflicts[٢].

إن العلاقة بين المريض والمرشد تشبه تلك العلاقة التي تقوم بين الطبيب البشري physician وبين المريض. فالطبيب خبير في الأمراض، حينما يروي المريض، تاريخه الصحي ويشرح الأعراض symptoms التي يعاني منها، فإن الطبيب يحصل على المفاتيح التي تقوده إلى متابعة الحالة، وذلك بالطبع باستخدام تحليلات الدم وغيرها من الوسائل التشخيصية، كالأشعة والفحوصات والملاحظات الأخرى. وعندما يعرف موقع الإصابة فإنه يحدد العلاج إبتداءً من مجرد إعطاء قرص من الإسبرين إلى إجراء العمليات الجراحية الكبرى Major operations.

إن المرشد الذي يستخدم الأساليب التقليدية في الإرشاد، وغالباً ما ينجح في علاج مشاكل المريض ولكنه قد يلتقي ببعض الصعوبات، بالمثل كما يجدها الطبيب البشري. فهناك بعض المرضى مثلاً الذين يجدون صعوبة في إتباع نظام غذائي معين، على الرغم من علمهم أنه مفيد لعلاج عللهم. فالطبيب قد ينصح مريضه بالإقلاع عن تعاطي الخمور وهو في ذلك على صواب في تشخيصه وتوصياته، ولكن المريض يجد من الصعب عليه قبول مثل هذه النصيحة حتى على الرغم من علمه أنها نصيحة جيدة.

ولذلك هناك أساليب أخرى للإرشاد تعضد أساليب الإرشاد التقليدية من ذلك الإرشاد المتمركز حول المريض.

الارشاد المتمركز حول المريض

الإرشاد الممركز حول المريض client - centered counseling من الأساليب التي تستهدف التغلب على نواحي القصور في الإرشاد التقليدي. ولقد ابتكر هذا الأسلوب

---

(٢) لمعرفة المزيد عن طبيعة الصراعات وأنواعها راجع كتاب المؤلف «اتجاهات جديدة في علم النفس الحديث» دار الكتب الجامعية ـ الاسكندرية.

كارل روجرز وزملاؤه ,Rogers. 1951) (and Dymond 1954 ويعد هذا الأسلوب عكس الأسلوب الذي يضع السلطة في يد المرشد، والتركيز على إعطاء النصائح - advice giving وبدلاً من التمركز حول المرشد centered - Counselor فإن التمركز يكون حول المريض نفسه، وهدفه الرئيسي وصول المريض، وليس المرشد، إلى حالة الوعي والبصيرة والفهم لمشاكله ومن ثم إصدار القرارات.

إن الإرشاد المتمركز حول المريض على الرغم من سهولة وصفه إلا أن تطبيقه يحتاج إلى مزيد من المهارات والحذق.

يبدأ عمل المرشد بتصميم المقابلة ويتطلب ذلك شرح معنى شروط الإتفاق بينه وبين المريض بمعنى أن يوضح للمريض أن العمل من أجل حل مشاكله هو مسؤوليته الشخصية، من ثم فإنه حر في ترك العلاج في أي وقت، وأنه حر في أن يعود للعلاج أو لا يعود، وأن العلاقة بينهما هي علاقة خاصة وسرية، وهذا هو الشأن في الأنواع الأخرى من الإرشاد فالمريض حر في أن يتحدث عن أمور سرية خصوصية دون الخوف من تقديم البرهان أو الخوف من انتقال المعلومات إلى الآخرين. وبعد تصميم المقابلة على هذا النحو يصبح على المريض أن يقوم بمعظم الحديث، وهنا تتاح له فرصة طيبة لإخراج أو لطرح ما يجثم فوق صدره get off his chest. وهنا ينبغي أن يكون المرشد صبوراً؛ ولكنه يجب أن يكون مستمعاً يقظاً لكل ما يقوله المريض. وعندما يتوقف المريض متوقعاً من المرشد أن يقول شيئاً ما فإنه فقط يقدر ويقبل المشاعر التي عبر عنها المريض. فعلى سبيل المثال إذا إشتكى المريض من كثرة لوم أمه وتأنيبها له فإن المرشد يقول أنت تشعر أن أمك تحاول أن تتحكم فيك.

إن معظم جهود المرشد تتركز حول توضيح to clarify مشاعر المريض التي عبر عنها، وليس من هدفه أن يصدر حكماً عليها أو أن يعلق عليها.

في الغالب الذي يحدث هو أن يبخس المريض نفسه أو أن يقدر نفسه تقديراً منخفضاً، ولكن من خلال عملية مواجهته لمشاكله، فإنه يصبح إيجابياً. ومن أمثلة ذلك فقد بدأت حالة في التعبير عن نفسها وهي حالة الآنسة تلدن Tilden حيث قالت:

«كل شيء عندي غلط، إنني أشعر بشذوذ، إنني لا أفعل حتى الأشياء العادية في

الحياة، إنني متأكدة أنني سوف أفشل في أي شيء أقوم به. إنني ناقصة. عندما أحاول أن أقلد الناس الناجحين، فإنني أكون فقط ممثلة، إنني لا أستطيع أن أستمر هكذا[1]».

ولكن بمرور الوقت وعندما وصلت إلى المقابلة الحادية عشر والأخيرة عبرت عن هذه الاتجاهات التي تتعارض بشدة مع تلك الاتجاهات التي عبرت عنها في المقابلة الأولى:

«إنني آخذة خطاً جديداً نابعاً من اختياري الخاص. إنني حقيقة أتغير لقد كنت أحاول دائماً أن أعيش طبقاً لمعايير ومستويات الآخرين تلك المستويات التي تفوق قدراتي. لقد أثبت التحقق من أنني لست ذكية جداً لكنني أستطيع أن أشق حياتي بطريقة ما. لم أعد أفكر كثيراً في نفسي أو حول نفسي، إنني أكثر راحة وارتياحاً مع الناس، إنني أحصل على شعور بالنجاح من خلال عملي، إنني لا أشعر بعد بأنني متزنة تماماً واتمنى أن أستطيع أن آتي لمزيد من المساعدة إذا إحتجت إلى ذلك».

وللتأكد من أن مثل هذا التقدم بالضبط هو الذي يحدث دائماً فإن بعض الباحثين قد حللوا بعناية تفاصيل المقابلات المسجلة. فعندما تصنف عبارات المريض يصبح العلاج قابلاً للتنبؤ. فعلى سبيل المثال، في المقابلات الأولى يقضي المريض جزءاً كبيراً من الوقت متحدثاً عن صعوباته، ويصف مشكلته وأعراضه. وفي خلال العلاج يبدأ يوضح أنه أصبح يفهم شخصيته أو تلك العناصر التي نوقشت، وأنه يتنبأ بحدوث نتائج مواتية أو إيجابية. وعن طريق تصنيف ملاحظات المريض كعبارات تعبر عن وصف المشكلة، وعبارات الفهم والاستبصار، فإنه يستطيع أن يرى الزيادة المضطردة في الاستبصار insight من خلال تقدم المرشد في عمله.

ما الذي يفعله المرشد لتحقيق هذه التغيرات؟

أولاً وقبل كل شيء فإنه يخلق جواً يشعر فيه المريض بقيمته الذاتية ومعناه. ولكن هذا الجو لا ينتج من أسلوب عمل معين، ولكنه ينتج عن إيمان المرشد نفسه

---

(١) Gilgard, E.R., op. cit., p. 533.

بأن كل شخص لديه القدرة، على التعامل مع المواقف السيكولوجية ومع ذاته.

وعلى حد قول روجرز نفسه «أن يتعامل إيجابياً مع كل تلك الجوانب لحياته التي يمكن أن تأتي أو تظهر على حيز الوعي الشعوري conscious awareness. ولكن قبول مثل هذا المبدأ لا يعني أن يكون المرشد مجرد مستمع سلبي، لأنه إذا كان كذلك فإن المريض سوف يشعر أنه لا يهتم به، ولا يرغب في حالته. ولذلك فهو يستمع بدقة وعناية ويوضح للمريض أنه يرى الأشياء كما يراها هو.

في البداية كان روجرز، وهو مؤسس هذا المنهج في الإرشاد كان يضع أهمية كبرى على ضرورة قيام المرشد بتوضيح المشاعر التي يعبر عنها المريض. ولكنه فيما بعد أصبح يعتقد أن مثل هذا المنهج هو منهج عقلي أزيد من اللازم. وأصبح يدعو إلى ضرورة قيام المرشد بمحاولة أن يتبنى هو الإطار المرجعي للمريض frame of reference. وإن يرى المشكلة أو المشاكل كما يراها المريض نفسه، دون أن يصبح بالطبع منغمساً فيها إنغماساً إنفعالياً وللحصول على أية قيمة علاجية لا بد أن يكون التغيير الذي يطرأ على المريض ليس فقط في الفهم العقلي وإنما في المشاعر والاتجاهات أيضاً.

وعلى الرغم من انتشار استخدام هذا المنهج المتمركز حول المريض إلا أننا ما زلنا لا نعرف على وجه التعين مدى استعمالاته ونجاحه وحدوده أو درجة النقص فيه. وعلى كل حال فقد استخدم هذا المنهج من خلال العلاج عن طريق اللعب والعلاج الجماعي بل حتى التدريس داخل حجرات الدراسة. والعلاج المتمركز حول العميل كان يطلق عليه في أمريكا العلاج النفسي غير التوجيهي، ثم أصبح يطلق عليه العلاج النفسي المتمركز حول العميل ولقد ساعد كارل روجرز في النجاح في هذه الدعوة نزعته الدينية المتحررة، وتأهيله في علم النفس الإكلينيكي، وعمله موجه ومعالج نفسي وساعده في أن ينمي في نفسه منهجاً مهنياً قوامه التسامح.

ويقوم منهج العلاج غير التوجيهي على أساس الإيمان بأن العميل لديه الإمكانات التي تساعده على النمو والتطور. ووظيفة المعالج أن يهيء له الجو الذي يشعر فيه بالحرية، ويكشف نفسه ويفهمها فهماً أكثر موضوعية وعمقاً ويعيد بالتدريج تنظيم مفاهيمه عن نفسه وعن العالم المحيط به.

ويتمشى هذا المنهج مع الديمقراطية التي تمنح الفرد المساواة وتكافؤ الفرص والتي تؤمن بالفرد وبقدراته علي علاج نفسه دون أن يستند على شخص آخر أو يعتمد عليه اعتماداً كلياً.

كذلك يقوم على أساس الإيمان بأن الفرد قادر على أحداث التغيير الإيجابي بحيث يصل إلى تحقيق أهدافه. وتوحي هذه الطريقة بالسهولة على المعالجين الجدد مما يشجعهم على الدخول فيها، إذ ليس من الضروري أن يحكم المعالج تشخيص شخصية المريض، كما أنه لا يتحمل مسؤولية كبيرة في توجيهه، بل عليه أن يشجع المريض بأن يكون طبيعياً، ويشعره بالدفء والتقبل، وهذا يساعده على تحقيق ذاته.

ولقد ظهرت أول كتابات عن العلاج النفسي غير التوجيهي ١٩٤٠ وبناء على هذا المنهج توصل روجرز إلى وضع نظرية عن الشخصية، فظهرت أول كتاباته عن سنة ١٩٥١. وتقوم نظرية روجرز في الشخصية على فكرة الظاهرية أو السطحية Phenomonology وتعني أن لكل فرد مجالاً ظاهرياً يتضمن تعريفه للأحداث والظواهر، كما تظهر له، وسلوك الفرد يتقرر تبعاً لظروف مجاله، وبالتالي يتم التنبؤ بسلوكه عن طريق معرفة مجاله، فإذا أراد السيكولوجي مثلاً أن يفهم سلوك شخص مصاب بالجنسية المثلية، فلا يهتم بدراسة الإحصاءات عن الجنسية المثلية ودراسة العوامل الخلفية عند من يصابون بها ودراسة العوامل المسببة لها، وإنما تتركز الدراسة في الشخص المصاب نفسه كيف يشعر، وكيف ينظر إلى الحياة، وما هو رأيه في نفسه، وفي علاقته بالآخرين. والدافع الأساسي عند روجرز هو المحافظة على الذات وتوكيدها. وذلك يستهدف في العلاج النفسي مساعدة الفرد أن يكتشف نفسه، وتحريره من الصراعات، ومساعدته على أداء وظائفه.

ويهتم المعالج بحاضر المريض أكثر من إهتمامه بمستقبله أو بمستقبل سير المرض كما لا يهتم كثيراً بالتشخيص ومعرفة أسباب المرض. ويعتمد المعلومات التي يقولها المريض عن نفسه على العكس مما يذهب إليه أنصار التحليل النفسي الذين لا يثقون في خبرة المريض الشعورية. ولا يوجد مجال اللاشعور في مفهوم الشخصية عند كارل روجرز.

كذلك لا يهتم روجرز بتفسير الأحلام وزلفات القلم والنكات والتداعي الحر ذلك لأنه لا يؤمن بوجود دوافع لا شعورية.

عندما يبدأ العلاج قد يكون لدى المريض صورة سلبية عن نفسه، وفي نفس الوقت صورة مثالية لما ينبغي أن تكون عليه ذاته، مع الشعور بالعجز في الوصول إلى هذا المستوى المثالي.

ثم يبدأ بالتدريج في تقبل نفسه كما هو، ويصبح مفهومه عن نفسه أكثر واقعية وموضوعية، ويقل التناقض بين صورته المثالية عن ذاته وصورته الواقعية. ولقد أخضع روجرز وأتباعه منهجة للكثير من البحوث والدراسات فسجلوا الجلسات على أشرطة التسجيل، وصوروها في السينما، وادعوا أن منهجهم يؤدي إلى نتائج إيجابية في العلاج.

ويعتبر روجرز التشخيص عملية هدامة في شخصية المريض، حيث يكون المريض غير مستعد لتقبل معلومات تشخيصية عن نفسه من المعالج، كما أنه يوحي للمريض بأن المعالج خبير قدير.

كذلك ففي نظر روجرز العميل وليس المعالج هو الذي ينبغي أن يتخذ القرارات كذلك كلما قلت معرفة المعالج المسبقة عن العميل كلما قل تدخله في حريته وكلما قل تقبله واحترامه للمريض.

ويمكن تلخيص الأعمال التي يقوم بها المعالج طبقاً لهذا المنهج فيما يلي:

١ ـ بذل مجهود كبير ومستمر لفهم كلام العميل ومشاعره التي يعبر عنها سواء بالكلمات أو التعبيرات أو الإشارات أو الإيحاءات.

٢ ـ بذل مجهود لنقل هذا الفهم إلى العميل بالكلمة المنطوقة أو بالإتجاه النفسي العام نحو تقبل المريض.

٣ ـ إعادة المشاعر التي عبر عنها المريض في شكل ملخص بين الحين والآخر.

٤ ـ شرح طبيعة العلاقة العلاجية وحدودها بين الحين والحين والتعبير عن ثقة المعالج في قدرة العميل في حل مشاكله بنفسه.

٥ ـ قد يوجه المعالج الأسئلة للعميل لمساعدته في مواجهة مشاكله.

٦ ـ قد يقاطع المعالج العميل مستوضحاً ما يقوله أو ما يشعر به. ولكنه لا يقدم تفسيراً أو تأويلات، وإنما يقدم تلخيصاً لما يشعر به العميل نفسه وليس المعالج.

٧ ـ لا يعطي المعالج الاستبصار أو النصيحة أو المدح أو التوبيخ أو التعليل ولا يقترح برامج للنشاط ولا مجالات أخرى للاستكشاف.

واوجه الاختلاف الجوهري بين هذا المنهج وغيره من المناهج العلاجية هو ترك مسؤولية العلاج وتوجيهه ومجراه للعميل.

فالعميل هو الذي يختار موضوع المناقشة، وهو الذي يبحث عن المعاني وهو الذي يحدد السرعة في مواجهة مشكلاته، وهو الذي يقرر الاستطراد في ذكر موضوع ما.

ويصبح الفرد محتاجاً للعلاج تبعاً لهذا المنهج عندما يعجز عن مواجهة حاجات الواقع، أو عندما يشعر بالتناقض بين ما يريد أن يكون وبين ما هو كائن فعلاً فيلجأ إلى العلاج حيث يجد الحرية والقبول، فلا يوجد تحد لعدوانه أو شكوكه أو تناقضاته. إنما يوجد التقبل والاحترام والتقدير وهذا يشعر المريض بالأمان والتقبل فيحدث استرخاء في آلياته الدفاعية الجامدة. ويرى روجرز أن العلاج عبارة عن فك لتنظيم الذات، ثم إعادة تنظيمها ويتطلب ذلك تكوين نسق من القيم والمعايير قائم على أساس مشاعر الشخص وخبراته الذاتية بدلاً من القيم القديمة المستعارة.

لقد كان روجرز في باديء الأمر يضع بعض القيود على نوعية الأشخاص الذين يصلح معهم هذا المنهج في العلاج، ولكن الخبرة العملية بهذا المنهج أوضحت أنه يمكن لجميع أنواع المرضى العقليين أن يستفيدوا[1] من هذا المنهج مهما إشتدت حالتهم، وذلك لأن طبيعة هذا المنهج لا تؤدي إلى إلحاق الأذى بالشخص الذي لا يستفيد منه، لأن العلاقة بين المعالج والمريض تخلو من أي نوع من أنواع الضغط أو الاستفزاز أو التوجيه.

---

(١) Harper, R.A., Ibid.

وهنا نتساءل عن الظروف التي تساعد على حدوث التغيير في بناء الشخصية تبعاً لمنهج روجرز. هناك عدة شروط يضعها روجرز لتحقيق هذه الغاية منها:

١ ـ وجود علاقة بين المعالج والمريض أو الاحتكاك النفسي، حيث يشعر كل من المعالج والمريض بوجود الآخر.

٢ ـ ضرورة شعور المريض بعدم التطابق، أي وجود اختلاف بين الخبرة الفعلية للفرد وبين صورته عن نفسه ويؤدي هذا التناقض إلى الشعور بالقلق.

٣ ـ يجب أن يكون المعالج متكاملاً وأن يكون على سجيته وألا يتكلف وألا ينكر مشاعره الخاصة، فقد يشعر بالضجر أو الياس ولا بأس في أن يكون طبيعياً.

٤ ـ يجب أن يحس المعالج بالاحترام الإيجابي نحو العميل.

٥ ـ يجب أن يشعر المعالج شعوراً عميقاً بالفهم والتعاطف الوجداني «لمشاعر العميل» وخبراته الذاتية، ويجب أن يصل هذا التعاطف للعميل، ويعني هذا أن يشعر المعالج بانفعالات العميل، وأن يضع نفسه في مكانه، وأن ينظر للأمور من زاويته.

٦ ـ يجب أن يشعر العميل أن المعالج يتعاطف معه ويتقبله، فلا يكفي أن يشعر المعالج بينه وبين نفسه بالتعاطف مع العميل وإنما المهم أن تصل هذه المشاعر إلى العميل.

وجدير بالإشارة أن هذه الشروط التي يذكرها روجرز لا تتضمن ذكر التدريب المهني للمعالج، والمعارف النظرية التي ينبغي أن يلم بها، ومعنى هذا أن أي شخص متقبل ومتسامح ومتعاطف يمكن أن يكون معالجاً، بل إن المعرفة الطبية والنفسية والمهنية يمكن أن تكون معوقاً إذا تحول المعالج إلى خبير. على أن هذا الزعم لا يزيد عن مجرد فرض يحتاج إلى كثير من البحوث المكثفة للتحقق من صحته.

لقد أثر منهج العلاج المتمركز حول الذات في كثير من الميادين غير ميادين العلاج، حيث طبقت الأسس التي يقوم عليها في التربية، وفي العلاج باللعب، والعلاج الجماعي، والإدارة الصناعية، والمجال الديني. وفي التدريب المهني.

ويزعم أن هذا العلاج يتمشى مع الفلسفة الأمريكية التي تؤمن بأن الفرد سيد مصيره وأن مساعدته إنما تتم بالحب والتسامح والتقبل والفهم والتعاطف والتجاوب[1].

العلاج الجماعي

يمكن تصنيف المعالجات النفسية إلى أنواع عدة، فهناك العلاج الجماعي في مقابل العلاج الفردي، وهناك العلاج التوجيهي في مقابل غير التوجيهي وهناك العلاج السطحي في مقابل علاج العمق، وهناك العلاج محدود الهدف في مقابل العلاج طويل المدى، وهناك العلاج السلوكي القائم على أساس تطبيق نظريات التعلم في العلاج.

بالنسبة للعلاج الجماعي يتناول فيه الطبيب في وقت واحد عدداً من المرضى حيث يشفى المريض من خلال تفاعله مع الجماعة، من خلال علاقته بغيره من المرضى وعلاقته بالمعالج.

أما العلاج الفردي فهو الذي يتناول المعالج مريضاً واحداً في وقت معين والذي يعتمد الشفاء فيه على العلاقة بين المعالج والمريض. ولقد تبين أن العلاج الفردي أكثر فاعلية في الصراعات العميقة كالصراعات المتصلة بنزعة اللواط homosexuality بينما أثبت العلاج الجماعي قيمته في التطبع الاجتماعي أو التنشئة الاجتماعية للمريض socializatien. ويقصد بها امتصاص المريض لقيم المجتمع المحيط به ومعاييره وأنماط سلوكه المقبولة. فمشاعر العزلة يتخلص منها الفرد من خلال مشاركته المتبادلة في المشاكل، حيث يدرك كل عضو أن الآخرين لديهم مشاكل تشبه مشاكله هو. وهناك تعضيد ومساعدة متبادلتين في التغلب على المشاكل. وعلاوة على ذلك فإن العلاقة الجماعية تمد كل عضو بفرص ومواقف في الحقيقة الاجتماعية، وفي تنمية أساليب أكثر فاعلية في العلاقات الشخصية ونظراً لوجود مزايا لكل نوع فإن

---

(١) Harper, R.A., Ibid.

(٢) Coleman. J.C., Abnormal Psychology and Modern Life. Scott. Foresman Co. Chicago 1965 p. 543.

بعض علماء النفس يقترحون وضعاً مثالياً يتوافر فيه إمتزاج بين الطريقتين بحيث يخضع المريض للعلاج الفردي والجماعي[1].

العلاج محدود الهدف في مقابل العلاج طويل المدى

يمكن تمييز هذين النوعين من العلاج النفسي goal - lemited vs; longterm فالتحليل النفسي مثلاً يحاول أن يحقق إعادة كبرى لبناء الشخصية ولذلك فإن العلاج التحليلي يتطلب خمس جلسات sessions في الأسبوع لمدة تصل إلى عدة سنوات. ولكن هذا الطموح الكبير يحد من إمكان إفادة عدد كبير من الناس من العلاج النفسي، ويجعل هذا العدد محصوراً في أولئك الين يستطيعون تحمل نفقات العلاج الباهظة، وتوفير الوقت الطويل اللازم لذلك.

ونتيجة لذلك ظهرت محاولات أخرى للعلاج القصير breif therapy أو لعلاج محدود وذلك لجعل العلاج النفسي في متناول عدد أكبر من أولئك الذين هم في حاجة إليه. هذه الأساليب العلاجية تسعى لإفادة المريض أكبر إفادة ممكنة في أقصر وقت ممكن. ولتحقيق هذه الغاية فإن العلاج ينحصر في الصراعات أو المشاكل التي يؤدي علاجها أو حلها إلى مساعدة تكييف الفرد الشخصي المباشر.

وينتشر العلاج النفسي القصير أكثر ما ينتشر في المستشفيات والعيادات حيث يجعل نقص المختصين والوقت المحدود المخصص لعلاج كل مريض يجعل العلاج النفسي الطويل والمكثف محصوراً في عدد قليل جداً من الحالات[1]. وينبغي الإشارة إلى أن العلاج المحدود الهدف لا يقتصر على علاج الأعراض أو الآلام التي يشعر بها المريض symptomatic أو ما يسمى بالعلاج السطحي surface، ولكنه يستخدم أيضاً في علاج الصراعات العميقة.

---

(١) Coleman, op. cit., p. 544.

(١) Coleman, J.C., op. cit., p. 544.

العلاج السطحي في مقابل علاج العمق

في علاج ما يسمى بالعلاج السطحي surface therapy لا يوجد محاولات للتعمق في صراعات المريض الداخلية التي تكمن وراء آلامه. ويقتصر الأمر على عمل توكيدات للمريض وتعزيز أو تعضيد أو تقوية دفاعاته الموجودة حالياً his present ego defenses وفي كثير من المستشفيات المزدحمة لا يلقى المريض سوى عدة صدمات بالأنسولين أو صدمات كهربائية insulin and electroshocks ولا يحصل المريض على شيء أكثر من هذا. ولكن ينبغي الإشارة إلى أن هناك حالات لا يحتاج فيها المريض إلا إلى العلاج السطحي حيث يكفيه هذا النوع من العلاج للتخلص من مشاكله ومثل هذه الحالات تكون قوة ذات المريض وتكيفه في حالة جيدة. ولكن غمرهما الضغط، هذا الضغط أكثر من أي شيء مرضي عميق هو سبب الصعوبة.

وهناك حالات خاصة عند كبار السن من الأفضل عدم النبش(*) وراء الصراعات العميقة، كالصراعات الناشئة من اللواط أو الرغبة في الاعتماد على الغير وهنا يسعى العلاج إلى كبت الانفعالات القديمة وتعضيد المريض بدلاً من الكشف عن الخبايا المنسية.

في علاج العمق depth therapy هناك محاولات للكشف عن المواد الصراعية الكامنة. والتغلغل في أعماقها ويفضل هذا العلاج عن العلاج السطحي لأنه يسعى إلى تحقيق تكيف الشخصية تكيفاً طويلاً أو بعيد المدى.

---

(٢) نبش = نبش الشيء المتوازي أبرزه، ونبش الكنز من الأرض كشفه واستخرجه ونبش السر أفشاه ونبش القبر فتش فيه.

العلاج العاطفي في مقابل العلاج المعرفي

Conative vs. Cognitive Therapy

يميز العلاج النفسي في سلوك المريض بين مشاعره ومجاهداته وانفعالاته من ناحية وبين معرفته العقلية وكفاءاته وتقنياته. وفي كثير من الحالات يكون طموح الفرد أو مجاهداته غير واقعية، وعى ذلك فإذا العلاج يركز عليها أولاً. وخاصة عندما يكون الاشتراط الانفعالي في مرحلة الطفولة كامناً في جذور المشكلة تصبح إعادة التعلم الانفعالي خطوة ضرورية من خطوات العلاج. ومن أمثلة ذلك المريض الذي يستطيع أن يرجع إلى الوراء بشعوره بفقدان الثقة بنفسه إلى نقد آبائه. وأصبح الآن مدركاً للصورة الزائفة التي كانت عنده عن نفسه وأصبح يدرك أيضاً على المستوى العقلي أنه ممتاز في قدراته، ولكنه ما زال يشعر بعدم المواءمة وبالافتقار إلى الثقة بالذات. ويصبح على عملية العلاج أن يجعل شعوره أفضل نحو نفسه ونحو والديه لكي يصبح أكثر سعادة وأكثر فاعليه.

وفي بعض الحالات يوجد نقص في كفاءة المريض أو استبصاره أو فهمه لمشاكله، وعلى ذلك فإنه يحتاج إلى نوع من الاستبصار المعرفي congnitive insight لمساعدته في إعادة تشكيل اتجاهات وتنمية الكفاءات التي يحتاج إليها.

العلاج التوجيهي في مقابل العلاج غير التوجيهي

ويختلف هذان الأسلوبان في مقدار ما يتحمل المعالج من مسؤوليات أثناء العلاج وما يتحمله المريض نفسه في توجيه العلاج.

ففي العلاج الموجه يقوم المعالج بدور نشط وفعال في الموقف العلاجي وفي تفسير صراعات المريض والكشف عنها وتفسير اكتشافاته، وتوجيهه نحو أفعال إيجابية.

ويتضح لنا مقدار التوجية من سرد تفاصيل المقابلة التالية التي دارت بين المعالج والمريض:

المريض: : حاولت أن أهمل كل هذا في سن ١٩ وأصبحت مفتوناً بالفتاة، ولكن مع ذلك كنت خائفاً لدرجة أنني لم أجرؤ على الاقتراب منها. وكان الشعور قوياً لدرجة أنه يتراكم ويترسب ويحتبس في داخلي. وهكذا كان الأمر بالنسبة لي إما كله أو لا شيء على الإطلاق. وحتى الآن فإنه لا شيء. وللفتاة الحالية عندما أشعر نحوها شعوراً قوياً فإنني أشعر أنه ينبغي علي أن أفعل شيئاً ما نحوها. ولكنني لا أفعل أي شيء إنني خائف من الشيطان.

المعالج : يبدو أنك قد بعت نفسك للشيطان بعد كل هذا.

المريض: : إذا انفجر الوضع فإنني سأصبح متوحشاً.

المعالج : وهذا يكون؟

المريض: : يحتمل أنني ربما أؤذي الفتاة بطريقة ما، إن الفكرة تأتيني بأنني أقتل الفتاة في هذه النوبة الجنونية.

المعالج : كيف سوف تقتلها؟

المريض: : ربما أخنقها بيدي حول عنقها.

المعالج : وما هذا الذي سوف تخنقه؟

المريض : إنني أخنق مشاعري ذاتها، مشاعري بالرغبة الزائدة في الجماع الجنسي معها.

المعالج : وعلى ذلك فإن الفتاة تحل محل رغباتك، تلك الرغبات التي أنت خائف منها، بالضبط كما يحل محلها الشيطان. في وهم خنق الفتاة هذا إنك تجعل الصراع الذي يوجد داخل ذهنك تجعله درامياً مفعماً.

وواضح في هذه المقابلة دور المعالج الإيجابي في التوجيه والتفسير. أما في العلاج غير التوجيهي فإن القسم الأعظم من المسؤولية يلقى على المريض والمعالج عليه أن يوفر جواً من التسامح والقبول والود والدفء والصداقة بحيث يشعر المريض بالقبول والأمان، ويستدعي مشاعره الداخلية دون خوف من عقاب أو رقابة أو نقد. وعلى المعالج أن يساعد المريض أن يوضح مشاعره وذلك عن طريق أن يعكس المعالج انفعالات المريض بدلاً من تفسيرها. والمثال الآتي المأخوذ من مقابلة في العلاج غير التوجيهي يوضح الفرق بين هذين الأسلوبين.

المريض: : إنني خائف، إنني واقع في حبها، ولا أستطيع أن أستذكر أو أن أعمل أي شيء إذا لم أراها، ومع ذلك إنني أعرف أنها لن تكون وفية لي، إنني لا أعرف أي الطريق أسلك؟

المعالج : أنت تريد أن تستمر في رؤية فرانسيس ولكنك تخاف من أنك سوف تؤذيها؟

المريض: : نعم إنني أتطلع كثيراً إلى رؤيتها ولا أعتقد أنني أستطيع أن أعيش

بدونها، إنني لا أستطيع أن أدرس أو أن أعمل أي شيء عندما لا أراها. ولكن هل ترغب هي في الدوران والمراوغة وأنا أعلم أن لها علاقات جنسية مع أشخاص آخرين. وهذا أيضاً سوف يعني أنني لا أحتمل فكرة جماعها مع شخص آخر إذا كانت سوف تستقر معي، أم أنني خائف من أنها سوف لا تستقر.

المعالج : أنت تشعر أن كل شيء سوف يحل إذا هي فقط أحبتك ولكنك خائف؟

المريض: : «إنني خائف حتى لمجرد المحاولة إنني أضمن ذلك. إنها تصر أنها تحبني... ولكن... سوف»[1].

في الممارسة العملية يمثل العلاج التوجيهي وغير التوجيهي قطبين لخط واحد متصل حيث يمارس كل معالج جزءاً من الأنماط الموجهة وجزءً آخر من الأساليب غير التوجيهية، ولا يوجد إلا نفر قليل من الأطباء النفسيين الذين يعقدون أنفسهم كلية لأحد هذين الأسلوبين، فأحياناً يركز المعالج على الأسلوب غير التوجيهي أو التوجيهي حسب حاجة المريض المعين، ودائماً هناك قدر كبير من المرونة. ولقد أثبت نجاح العلاج غير التوجيهي مع المرضى الذين لهم شخصية ثابتة ومعقولة، والذين يعانون فقط من بعض المشاكل المباشرة أما العلاج التوجيهي فأكثر فاعلية مع المرضى الأكثر اضطراباً والذين يعانون من الأمراض النفسية الحادة.

---

(١) Coleman, J.E., op. cit., p. 546.

المرونة في مقابل الجمود في العلاج

هناك بعض المعالجين الذين يتبعون بأمانة منهجاً معيناً للعلاج في التحليل النفسي، ويؤمنون بتقنياته ومفاهيمه وديناميائه ونظرياته. وبعض المعالجين يعتقدون أن العلاج التوجيهي وغير التوجيهي نقيضان، وأنه على المعالج أن يتبع أحدهما أو الآخر. ولكن مهما كان فإن الغالبية الساحقة من المعالجين النفسيين يميلون إلى التلفيق electic opproach بمعنى أنهم يستفيدون من مختلف المفاهيم ومن شتى الإجراءات والأساليب وذلك حسبما تحتاج حالة المريض، وإن كان هذا لا يعني أن التحليل النفسي أو العلاج التوجيهي أو غير التوجيهي ليس ملائماً بحد ذاته لبعض المرضى. وبطبيعة الحال لا ينبغي أن نطبق منهجاً واحداً من مناهج العلاج على جميع المرضى. فمن الواضح أنه يصبح علاجاً عديم الجدوى إذا استخدمنا منهج التوضيح غير التوجيهي للمشاعر والاتجاهات في علاج حالة فصامية مزمنة يعاني صاحبها من الهذيان والهلوسة.

أما الأطباء الذين يحصرون أنفسهم في منهج معين فإنهم في الغالب ما يختارون مرضاهم بعناية من أولئك الذين يستفيدون من هذا المنهج أحسن إفادة فعلى سبيل المثال لا تختر المريض الفصامي البالغ من العمر ٦٠ عاماً للمعالجة بالتحليل النفسي التقليدي.

ولكن هناك معالجين آخرين يقبلون مجموعة متجانسة من المرضى ويغيرون ويبدلون من إجراءاتهم العلاجية بحيث تناسب كل حالة من الحالات.

العلاج الجزئي في مقابل الدفعة الكلية:

معظم العلاج النفسي يتم في أسلوب يمكن تسميته أسلوب منعزل segregected fachion فالمريض قد يتلقى جلسة مداها ساعة لعدة مرات في الأسبوع لمساعدته على صراعاته، ولاكتساب أساليب أكثر صحة في التكيف، ولكن قليل من الجهد العلاجي يوجه إلى مواقف حياته أو ينسق بينها أي بين العلاج وبين مناشطه الأخرى في مقابل ذلك هناك ما يمكن تسميته بعلاج الدفعة الكلية total puch أو ما يسمى بعلاج البيئة أو المحيط الاجتماعي milieu حيث تخضع مواقف حياة المريض كلها وكل مناشطه للخطة العلاجية. وبطبيعة الحال يقتصر هذا أساساً على مرضى المستشفيات ويتضمن تنسيق كل مناشط المريض منذ اللحظة التي يستيقظ فيها في الصباح حتى يذهب إلى فراشه وذلك في إطار تخطيط دقيق ومنظم مع العاملين في المستشفى كالأطباء العقليين والأخصائيين النفسيين والممرضين والممرضات والمشرفين على العنابر والمتخصصين في العلاج المهني وكل من يتصل بالمريض.

إن المريض الذي يشعر أنه غير مرغوب فيه وأنه لا يستحق الاحترام من الآخرين يحتاج إلى خلق جو من الحب والدفء.

كذلك فإن هناك مجموعة من العلاقات الشخصية يجب أن ترتبط بالعلاج النفسي كالترفيه المخطط. وذلك لتوفير أقصى فاعلية للعلاج. ولقد تبين أن علاج الدفعة الكلية أكثر فاعلية في المستشفيات الأمريكية حيث يستفاد من كل نشاط داخل المستشفى لتحقيق الأغراض العلاجية.

العلاج الجماعي Croup Therapy

هو عبارة عن مناقشة جماعية. أو مناشط جماعية أخرى لها قيمة علاجية يشترك فيها أكثر من مريض[1] في وقت واحد ويعرفه جيمس دريڤر بأن أسلوب من العلاج الجماعي أو التجمعي لمجموعة من الأفراد كما يحدث في السيودراما والسيكودراما[2].

أما أنجلش فيعرفه عن طريق وصف طبيعة الجماعة نفسها فيقول أنه أي جماعة يتوحد الفرد وإياها أو يقارن الفرد نفسه بها، ويتقمص الجماعة لدرجة أنه يتبنى معاييرها واتجاهاتها وأنماط سلوكها، كما لو كانت معاييره هو، فتصبح هذه الجماعة هي جماعته المرجعية حيث يرى نفسه منتمياً إليها. وليس من الضروري أن تكون هذه العضوية عضوية حقيقية حيث يمكن أن يوجد لشخص واحد أكثر من جماعة[3].

الخطآن الأساسيان اللذان يحدوان الصحة النفسية هما الصراع الزائد مع وجود مشاعر بأن المريض لا حول له ولا قوة مع الشعور بالتوتر والحصر أما الخط الثاني فهو انعزال الفرد عن زملائه مع مشاعر الوحدة والنبذ أو الفرد ولذلك فإن المعالج النفسي يسعى من ناحية أن يكسر المريض صراعاته ويساعد من ناحية أخرى للحصول على علاقات شخصية أكثر رضاً ونجاحاً.

---

(١) Hilgard, E.R., op. cit., p. 621.

(٢) Drever, J.A., Dictioary of Psychology, Penguin Books, 1963, p. 110.

(٣) English, H.B., and English, A.C., op. cit., p. 232.

عندما تحدد أهداف العلاج بهذه الطريقة نستطيع أن نتنبأ أن هناك بعض المزايا في العلاج الجماعي، حيث يعبر الفرد فيه عن صراعاته في حضور الناس الآخرين وحيث يتبادل أعضاء الجماعة الاحترام المتبادل والتعضيد والمساعدة، والانتماء وذلك من خلال عملهم المشترك لحل مشكلاتهم.

لقد مارس الناس العلاج الجماعي. ولكن بصورة غير رسمية منذ سنوات كثيرة فالمرشدون في معسكرات الأطفال استطاعوا أن يساعدوا الأطفال من خلال المناقشات الجماعية في المعسكرات الصيفية، واستطاعوا أن يحسنوا من علاقات الطفل بزملائه. وأن يزيدوا من احترامه لنفسه كعضو مقبول في الجماعة، كذلك معسكرات الشباب والكشافة وغيرها من الأندية التي تدار إدارة حكيمة وودية.

ومنذ سنوات تبين لعلماء النفس وعلماء الطب العقلي أن العلاج الجماعي طريقة علمية علاجية ينبغي أن تدرس وأن تخطط كأي منهج آخر مقبول. وهنا نتساءل هل للعلاج الجماعي مزايا عن العلاج الفردي؟

لا شك أن لهذا المنهج كثيراً من المزايا من أهمها:

١ ـ إنها طريقة اقتصادية في الوقت المطلوب للعلاج ذلك لأن المعالج الواحد يستطيع أن يساعد عدة أشخاص في وقت واحد.

٢ ـ كذلك فإن الجماعة توفر خبرات الاتصال والتفاعل مع الناس الآخرين. هذه الميزة الأخيرة تحتاج لمزيد من الدراسة والبحث، ولكن من المؤكد أننا قد نجد بعض الأشخاص الذين يستجيبون أفضل للعلاج الجماعي، عما يستجيبون للعلاج الفردي، بل إنه من الممكن أيضاً أن يكون استخدام مزيج من العلاج الفردي والجماعي مع بعض الأفراد.

علاج الأطفال باللعب

من المعروف أنه ليست كل أساليب العلاج النفسي قائمة على الكلمات وحدها، فهناك اعتماد كبير على استجابات الأطفال التلقائية وتعبيرهم عن الذات من خلال اللعب. إن لعب الأطفال أكثر من مجرد منفذ للطاقة الزائدة، بل إن لعب الأطفال هو وسيلة طبيعية للتعبير عن الذات. من خلال اللعب يستطيع الطفل أن يمسك بمشاكله. إنه يلعب أو يمثل الحلول المطلوبة لمشاكله بالضبط كما يفضفض أو يبوح الشخص الكبير بمشاكله. أو يحل مشاكله. إن الاستفادة من مواقف اللعب في تحقيق تكيف الطفل وفي حل مشاكله تعرف بإسم العلاج عن طريق اللعب play therapy.

وهنا نتساءل كيف تعد حجرة اللعب العلاجي؟

تزود الحجرة تزويداً جيداً بمواد اللعب التي تشبه في أحجامها وطبيعتها الأشياء الحقيقية، فيوجد بها حوض فيه مياه جارية كما يوجد بها الألوان والصلصال، كذلك يوجد بها منزل لعبة adoll house فيه أجزاء ومحتويات قابلة للحركة، حيث يتيح هذا فرصة للتعبير الحر free expression ويمكن إعداد مثل هذه الحجرة في منزل الطفل، ويوجد أثاث كثير ودمي تمثل الكبار والصغار وفي حجمهم الطبيعي، ودمى متحركة يدوية. كذلك هناك بنادق لعب وسيارات وحيوانات وتليفونات وما إلى ذلك مما يجعل اللعب التعبيري ممكناً Expressive play.

ويستخدم المرشدون النفسيون في اللعب العلاجي كل الممارسات الموجودة في الأشكال الأخرى من الإرشاد. وهناك أشكال متعددة من هذا اللعب العلاجي منها علاج الراحة release يعبر الطفل عن حصره وتوتره خلال استخدام مواد اللعب كالمكعبات وأدوات الرسم بالأصابع وصناديق الرمال.

ويعني هذا المنهج تحرير الفرد من التوتر وإطلاق عنانه. ومن الأساليب العلاجية الأخرى علاج العلاقة والعلاج النفسي أو التأويلي.

بالنسبة لعلاج التحرير أو العتق فإن هذا المنهج يؤكد على أهمية توفير فرص التعبير عن الانفعالات الحبيسة، ولا سيما النزعات العدوانية والعداوة. في حجرة اللعب يسمح للطفل بأن يقذف بالصلصال، وأن يعبث بألوان الرسم أو يخلطها، وأن يكسر الدمى، وبذلك يستخرج مشاعره المفعمة خارج نظامه النفسي، ويؤدي ذلك إلى نتائج مفيدة. وفي الغالب ما توضع حدود لمقدار التدمير أو التخريب الذي يسمح به، بحيث يسمح بتدمير الأشياء المستهلكة وأحياناً تقتصر تدمير الدمى على تمزيق الورق الذي يحيط بالدمية. وهكذا فالطفل يسمح له بالتعبير عن دوافعه الهدامة وكذلك يقبل مثل هذه الدوافع، ولكنه في نفس الوقت عليه أن يتعلم أن يعبر عن هذا في إطار حدود اجتماعية معقولة، فعندما يسمح للطفل بأن يكسر أو يدمر أشياء تبدو له ذات قيمة كبيرة أو عندما يفعل أشياء يعتبرها هو نفسه محرمة فإن حصره وشعوره بالذنب يزداد أو يتعاظم أو يصعد أو يرتفع وبذلك نفقد التأثيرات المفيدة لعلاج التحرر أو العتق.

علاج العلاقات Relationship Therapy

هذا النمط من العلاج يركز على التبادل بين الطفل والمعالج في حجرة اللعب. والغرض الذي يكمن وراء هذا المنهج أن متاعب الطفل إنما نشأت من خلال اضطرابات العلاقات بين الطفل وغيره من الناس لدرجة أنه أصبح لا يثق في الآخرين بل ربما فقد الإيمان في نفسه أيضاً. أما الآن، وفي إطار هذا العلاج، فإن الطفل يلتقي بشخص رائد كبير يفهمه ويتركه أو يسمح له أن يكون ذاته، شخص دافىء، وودود وصديق! ومن ثم فإن الطفل يتغير من خلال علاقته بالمعالج أكثر من خلال أي شيء يشرحه له المعالج. ونظراً لأنه تعلم كيفية الحصول على علاقة جيدة مع شخص ما هو المعالج، فإن اتجاه الطفل نحو ذاته ونحو غيره من الأشخاص يعدل بطريقة كلية إجمالية.

العلاج التفسيري أو التأويلي Interpretue Therapy

هذا النوع من العلاج يذهب خطوة أبعد من علاج التحرير وعلاج العلاقات، ويقصد بهذه الخطوة اتصال الفهم من قبل المعالج للطفل أو نقل هذا الفهم إلى الطفل. إن المعالج يرى في ألعاب الطفل التعبير عن بعض الصراعات التي هي ليست واضحة بالنسبة للطفل، أو أن الطفل لا يستطيع أن يعبر عنها أو يضعها في كلمات، والمعالج يساعد الطفل في أن يضع هذه الصراعات في كلمات أو يعبر عنها في عبارات. وبهذا يساعده على حلها. وعلى سبيل المثال فإن المعالج قد يشير إلى أن الصبيان يكرهون ويحبون آباءهم. إن هذا التصميم لهذا الصراع الذي يعتقد الطفل أنه صراعه هو وحده قد يجعل الطفل يشعر شعوراً بالذنب أقل إيذاء وذبذبة، هذا ومن ثم يساعده على إقامة علاقة أفضل مع والده. ويستخدم فكرة التأويل هذه أيضاً في العلاج عن طريق التحليل النفسي.

العلاج التنويمي Hypnotherapy

إن استخدام التنويم المغناطيسي كان معروفاً منذ القدم عند قدماء المصريين، وعند شعوب أخرى، ولكن استخدامه الحديث يرجع إلى مسمر Mesmer ولقد وجد بيرنكيرم Bemcherm أنه يمكن استخدام التنويم المغناطيسي في علاج التشنج الهستيري وأعراضه حتى بدون معرفة أسباب هذا التشنج. ولكن فرويد اكتشف فيما بعد أن التنويم المغناطيسي يزيل فقط الأعراض، وأنه مؤثر وقتي، فالأعراض قد تعود ثانية، أو تظهر في شكل آخر، ولذلك توقف فرويد عن الاستمرار في استخدام التنويم المغناطيسي في العلاج، وظل الأمر كذلك حتى بدأ البحث التجريبي على التنويم المغناطيسي بواسطة أركون وبريمان وجل Erikson, Bremman, Gill، وغيرهم من الباحثين، وقادت بحوثهم نحو فهم أفضل لديناميات التنويم ولإعادة الاهتمام في إمكانياته العلاجية.

إحداث التنويم Tenduction

تتضمن هذه العملية عدة خطوات تتفاوت من حالة إلى أخرى حسب استجابة العميل وخضوعه للتنويم:

١ ـ الحصول على تعاون العميل وتخليصه من أي خوف إزاء التنويم.

٢ ـ وضع المريض في موضع مريح جداً واسترخائه استرخاء كلياً في جلسته.

٣ ـ تضييق دائرة إنتباهه وتركيز إنتباهه تركيزاً شديداً على شيء ما، كأن يركز نظره في عين الطبيب أو نحو شيء براق لامع في الحجرة.

٤ ـ توجيه مناشط العميل عن طريق الإيحاءات المدعمة مع الاعتماد على تكرار الإيحاءات، واستخدام الاستجابات الجسمية الطبيعية كما لو كانت آتية في الاتجاه الذي يريده الطبيب لخلق انطباع في ذهن المريض أنه أصبح مطيعاً لإيحاءات الطبيب. وهكذا تزداد قابليته للإيحاء وتمتد لإتجاهات أخرى. فعلى سبيل المثال قد يوجه المريض للنظر عالياً نحو ضوء ما. بعد ذلك بفترة قصيرة يخبره المعالج أن رموش عينيه بدأت في الثقل. هذه استجابة طبيعية للإرهاق من النظر إلى أعلى، ولكن المريض يفسرها على أنها ترجع إلى توجيهات المعالج. وهكذا يمهد الطريق أمام إيحاءات إضافية. ومن الأفكار الحديثة والشيقة استخدام التسجيلات لإحداث التنويم، ولكن هذا الاستخدام محدود لأن التعليمات المسجلة لا يمكن تغييرها أو تعديلها لكي تناسب عميلاً معيناً.

وهنا ينبغي الإشارة أنه لا يمكن تنويم كل الناس، وأن الناس ينامون بدرجات متفاوتة من العمق، فيتفاوت النوم من النوم الخفيف بحيث يخضع المريض لنوع خفيف من النعاس، ويتبع التعلميات البسيطة.

وهناك التنويم العميق الذي قد يؤدي إلى حالة تخدير كامل وقد يفتح المريض عينية ويتجول دون أن يعرقل هنا حالة النوم عنده.

السلوك التنويمي Hypnotic Behaviour

هناك كثير من الظواهر التي يمكن أن تنتج عن حالة التنويم من ذلك تجمد الجسم وتصلبه وفقدان الحركة. وحالة التخدير التي يفقد فيها عضو من أعضاء الجسم أو حتى الجسم كله يفقد الإحساس والشعور لدرجة أنه يمكن إجراء بعض العمليات الجراحية دون أن يشعر بأي ألم، وحالة فقدان الذاكرة لما حدث أثناء التنويم، أما الذي يهمنا هنا فهو تلك الظواهر التي ترتبط مباشرة بالعلاج النفسي من ذلك ما يلي:

استرجاع أو استدعاء الذكريات الدفينة كالخبرات الأليمة التي كبتت، يمكن استعادتها عن طريق التنويم. ولقد أمكن علاج حالات الجنود الذين أصيبوا في الحرب العالمية الثانية، أمكن لهؤلاء الجنود أن يعيدوا إحياء خبراتهم الحربية أو خبراتهم بالمعارك التي خاضوها. وبهذه الطريقة استطاعوا أن يصرفوا التوترات الانفعالية المرتبطة بتلك الخبرات، وكذلك صدمات الحياة المدنية وخبرات الطفّولة والمراهقة.

النكوص العمري Age Regression

وهي عملية قريبة من الاسترجاع التذكري، وفي هذه العملية يخبر المعالج المريض بأنه قد أصبح طفلاً في سن السادسة مرة أخرى، وبناء على ذلك فإنه سوف يتصرف ويسلك. ويتكلم ويفكر مثلما كان يفعل ذلك وهو في سن السادسة. وبإعادة شخص ما القهقري عبر المراحل المتتالية يتغير سلوكه بل حتى كتابة يده تصبح كتابة طفلية. ولقد تبين أن للنكوص العمري قيمة كبيرة في العودة إلى الوقت السابق لبداية بعض الأعراض كالفوبيات واكتشاف الأحداث الخاصة التي أثارت وفجرت الأعراض، وعلى ذلك فإن للنكوص العمري فائدة في إعادة اكتشاف الصدمات الدفينة لكي يعاد إحياؤها وإحياء الأعراض المتصلة بها. أحياناً يعود العلاج إلى كثير من الخبرات الحقيقية ذات المعنى والدلالة في نمو اضطرابات المريض العقلية، وفي خلال هذه العملية يستطيع المريض أن ينظر إلى هذه الخبرات بأسلوب جديد أكثر نضجاً ويؤدي ذلك إلى تعديل الاتجاهات الموجودة وتعديل بناء الذات[1].

---

(١) Coleman, J.C., op. cit., p. 553.

ومن الحالات التي يصلح لعلاجها هذا المنهج السلوك القهري أو الإستحواذي ومن أمثلة ذلك حالة صبي كان في سن الرابعة عشر، وفسر سلوكه بأنه محاولة رمزية لتخليص نفسه من الشعور الوسواسي بالذنب عن طريق النظافة القهرية أو الإستحواذية compulsive cleanliness.

لقد ظهرت نزعة هذا الصبي الأولى نحو النظافة الزائدة في سن الثالثة عشر، عندما لوحظ عليه أنه يغسل يديه مرات كثيرة أثناء النهار. وبعد ذلك أصبح يستحم كثيراً وكثيراً ما كان يمكث ساعتين أو ثلاث في الحمام. وكثيراً ما كان يدهن وجهه ويديه ويلطخها بمادة اليود، وكان يخبر والديه بأنه «تخربش» ويريد أن يقي نفسه من شر العدوى infection وبالإضافة إلى اليود اشترى مادة الميكروكروم وغيرها من المواد المطهرة antiseptic لكي يستخدمها في حالات «الضرورة» كذلك استخدام محلول حامض البوريك ليغسل به عينيه كل مساء، ولقد قرر والديه أنه كان يرفض اللعب في المباريات العادية مع الأطفال الآخرين لأنه لم يشأ أن يلوث يديه soil his hands.

وعندما سئل عن اهتمامه الزائد بالنظافة قرر أنه يدرك أنه يغتسل أكثر من غيره من الصبيان ولكن ذلك يرجع في حالته إلى أسباب حقيقية، إنه يعتقد أن جلده مكون من نسيج خاص بحيث يحتوي على الجراثيم والقذارة، ولذلك فهو مضطر إلى أن يغسل «ويحك نفسه».

ولم ينجح محاولات الإقناع لتخليصه من هذه الحالة إلا بعد حل صراعاته. ولقد قرر أنه كان يشعر بالقلق الزائد إزاء شعوره بالذنب guilt عن علاقاته السابقة بالصبيان. لقد اكتشف أبويه أنه شارك في الألعاب الجنسية، ولذلك عاقباه على ذلك. وكانا «يحاضران» له عن شرور السلوك اللاإخلاقي، وذلك عندما كان في سن التاسعة وجعلاه يوقع على «ضمان» بعدم التدخين أو شرب حتى البيرة.

وأخبراه كيف إن أمراضاً مرعبة تحدث نتيجة العادة السرية masterbation ويذكرانه في مرات كثيرة «تورم» بعد العادة السرية وبعد كل مرة كان يشعر بالخجل من نفسه. وكان يعتقد أنه ناقص في خلقه وفي قوة إرادته لأنه لم يستطع التوقف عن هذه العادة. ويقول «إنني أعرف أنها عادة قذرة إذا اكتشفني أي شخص فإنه سوف يفكر في أشياء فظيعة عني. ولكن بعد كثير من المقابلات والمناقشات بدأ في تغيير اتجاهاته

نحو عدم إخلاقية سلوكه السابق. وانخفضت نزعة حبه للنظافة الزائدة تدريجياً، وأصبح قادراً على الإسهام في مناشط غيره من الصبيان بدون أن يشعر بأنه يلوث يديه وملابسه.

كذلك فإن الأفكار الوسواسية لقتل شخص ما يحبه المريض حباً شديداً قد تؤدي إلى سلوك إستحواذي كوسيلة مضادة لهذه الأفكار. وفي الحالات الشديدة جداً يكبت دافع التهديد كبتاً شديداً لدرجة أن المريض لا يشعر بأي نمط وسواسي، وإنما يشعر فقط بآلية الدفاع الإستحواذية وردود فعلها. ففي حالة سيدة صغيرة كانت تعاني شعوراً عدوانياً شديداً نحو إبنتها، وكان هذا الشعور مؤلماً جداً لدرجة أنها كبتته، ولكن هذه العداوة كانت تهدد دائماً بالانفجار، وكنتيجة لذلك نما عند المريضة رد فعل دفاعي قهري. ففي حالات الشدة كانت تجد نفسها مضطرة ومرغمة أن تعمل علامة الصليب، وأن تكرر «الهي احفظ إبنتي الصغيرة العزيزة المحبوبة وأحميها» ولم يكن لديها أي فكرة عن سبب قيامها بهذا العمل. لقد كان يبدو لها عديم المعنى وسخيفاً، وفي الحالة التالية يظهر بوضوح شعورَ العداوة المزاح.

حالة مريض كان شعر بأنه مرغم أن يتأكد أن جميع الأبواب التي مر خلالها مغلقة، وكان يضايقه جداً أن يعود عدة مرات للتأكد من أنها ليست مفتوحة، وكان يريد أو ينكص إلى سن ٥ سنوات. ويساعد هذا النكوص في العلاج تحت التنويم المغناطيسي حيث يمكن تذكر الأحداث التي سبقت بالضبط ظهور الأعراض. لقد وجد أنه بعد عيد ميلاده الخامس، حدث أن حطم أخوه لعبة كان يحبها ويعتز بها إعتزازاً شديداً. ولقد إمتلاء بالرغبة في الانتقام المكثف لدرجة أنه ارتجف وارتعد، وبدلاً من أن يهاجم أخاه استدار إلى الخلف وهرب في حجرته، وضرب الباب بشدة، كما لو كان يريد أن يعزل نفسه عن شقيقه، وبعد ذلك كلما كان يشعر بالعداوة نحو أخيه كان يجد نفسه مضطراً أن يغلق الأبوات بعنف. وسرعان ما تحول هذا العمل إلى عمل قهري إستحواذي كما لو كان يخدم في تحقيق محاربة عدواته أو تحقيقها. إن تذكر المريض لهذه الخبرة الأصلية كان مصاحباً بمشاعر انفعالية قوية كالغضب والبكاء والضرب براحتيه على منضدته. ولقد أمره المعالج أن يتذكر الخبرة الأصلية عندما

إستيقظ من التنويم. وبعد هذا اليوم توقف عن دفع الباب بعنف[1].

نعود إلى التحليل التنويمي فنقول إن المنوم يقود المريض عبر متاهة من المادة اللاشعورية، وعليه أن يعرف أي النزعات لها أهمية وأيها ثانوية. ويجب أن يعرف كيف يعالج «التحويل» و «المقاومة» وكيف يستطيع أن يعمل «التفسيرات» المناسبة في الوقت المناسب.

وهناك حالة لسيدة في سن الثانية والأربعين (عانس) كانت تعاني من حالة عصاب قديم، ومن بين أعراضه ضرورة قهرية لكي تنظف حلقها كل عدة لحظات، ولم يكن ذلك عملاً مضايقاً وحسب، وإنما مخجلاً ومربكاً. ولقد اضطرها هذا الإستحواذ أن تترك وظيفة مريحة كمغنية، وأن تصبح موظفة في مكتب وهي وظيفة كانت تحتقرها هي كثيراً. وفي خلال عملية التحليل التنويمي حاول المعالج التعرف على سبب هذا العرض الغريب، وتبين من إستجوابها أن هذا العرض ظهر أولاً منذ ١٨ عاماً، وأنها كانت في سن الرابعة والعشرين آن ذاك وعندما وضعها المعالج في نومة عميقة. استطاعت أن ترتد إلى هذا السن، ولكن لوحظ أن مضايقة الحلق استمرت في الظهور، وعندئذٍ أمرها المحلل أن ترتد أكثر وأكثر إلى وقت يسبق بداية ظهور المشكلة، وحينئذٍ قالت إنها الآن في سن الثانية والعشرين، وأنها لا تشكو من زورها، وعندئذٍ طلب منها أن تعيد إحياء كل خبرة أو كل حادث انفعالي حدث في هذا الوقت حتى ذكرت أنها الآن تذهب في نزهة picnic مع خطيبها الذي كانت تحبه حباً عميقاً وكانا على وشك الزواج في غضون عدة أيام. كانا يتنزهان على شاطىء بحيرة كبيرة ونزلا فيها يجدفان، وهبت الرياح وسرعان ما انقلب القارب وغاصا في الماء، ولم تكن قادرة على السباحة، ولكن الشاب أنقذ حياتها عن طريق دفعها نحو القارب المقلوب، ذلك الذي أمسكت به حتى أنقذها الآخرون. ولكن خطيبها لم يكن سباحاً ماهراً، وقد أرهقة المجهود الكثير الذي بذله فقد غاص إلى الأعماق وغرق لقد عبرت عن كل هذا ووصفته بكثير من الانفعال، وبعد ذلك بدأت كما لو كانت تلعق وتبتلع المياه. وبعد أن هدأت حالتها. بكت قائلة: إنني أحبه كثيراً ولا أحتمل فقدانه، إنني

---

(١) Coleman, J.C., op. cit., p. 513.

لا أستطيع أن أبتلع ذلك، إنها تلصق في زوري أو في حلقي لماذا هذا هو السبب..
إنني أنظف حلقي.. ثم أعيدت إلى الحاضر وانتهت الغفلة أو النومة.

وبعد ذلك، وبمزيد من الاستبصار، وإعادة التعلم، اختفت هذه الأعراض وأصبحت أحسن تكيفاً.

أحداث الأحلام

في خلال عملية التنويم يمكن الإيحاء بأحلام معينة بعد الجلسة في النوم الطبيعي للمريض. لمثل هذه الأحلام قيمة كبيرة في الكشف عن الرغبات المكبوتة والصراعات وفي توكيد الاتجاهات الحقيقية للمريض نحو أشخاص معينين في بيئته الاجتماعية.

فهناك حالة لسيدة جعلتها مقاومتها القوية للعلاج تكشف عن التعبير عن نفسها ولا تتذكر أو تتداعي بحرية حتى وصل العلاج إلى طريق مسدود impasse ولقد أوحى إليها المحلل بأنها سوف تحلم في التنويم بأسباب غلق باب العلاج ثم حلمت فعلاً بالحلم التالي:

«إنني أجري في متاهة من الأشجار، وبيأس أحاول أن أهرب منك. وأنت تلبس روبا أبيض. إنك كاهن كبير وتستطيع أن تسبقني بسهولة. إنني خائفة».

وبعد ذلك سمح لها المحلل بالقيام بعدة أحلام أخرى لكي تساعدها لفهم شعورها الحالي نحو المعالج، وبهذه الطريقة أمكن تخفيف مقاومتها للعلاج.

وهناك الإيحاءات اللاحقة لحالة التنويم أي التي تعقب حالة التنويم post - hypnotic suggestions وهي أوسع الأنواع انتشاراً في العلاج النفسي حيث تطبق الإيحاءات التي تقدم أثناء الجلسة فيما بعد على حالة اليقظة على الرغم من أن المريض لا يكون مدركاً تماماً لمصدرها. فعن طريق هذه الإيحاءات يوحي للمريض بأنه لن يتلعثم في كلامه بعد إيقاظه، أو أنه لن يرغب بعد اليوم في الخمر أو التدخين.

ولكن للأسف دوام هذا النوع من الإيحاء يكون قصيراً. فإذا لم تعزز وتعضد

هذه الإيحاءات المباشرة فإن المريض قد يعود إلى الرغبة في الشرب أو التدخين. وواضح أنها لا تعالج إلا الأعراض لأنها لا تعمل شيئاً لعلاج الأسباب أو الظروف التي أدت إلى الثأثأة أو إدمان الشرب[1].

ولكن التنويم المغناطيسي قد يتضمن بعض الأخطار، فالتنويم في يد المعالج غير المدرب خطير، كذلك المنومون المحترفون لا يؤدون أي خدمة مفيدة، وقد يؤذون العميل ويتورطون في مواقف خطيرة إذ المهم هو الخبرة الطبية والسيكولوجية.

العلاج بالتخدير Narco therapy

من المعروف قديماً أن المريض تحت تأثير حالات الكحول والتخدير anesthetic يكشف عن الصراعات الشخصية والدوافع المكبوتة وغيرها من جوانب الشخصية التي لا يعرفها المريض.

لقد كان الطبيب الإنجليزي هورسيلي Horsley في الثلاثينات أول من استخدم استخداماً منظماً حالة النعاس drowsiness الناتجة من الحقن الوريدية لمواد منومة أو مسكنة borbiturate drugs في تشخيص وعلاج الاضطرابات العقلية، وأطلق على هذا المنهج في العلاج إسم التحليل التخديري narco analysis.

وفي خلال الحرب العالمية الثانية أدخل كل من جرينكر Grinker وسبيجل Speigel تعديلاً على هذه الطريقة، واستخدما التعديل لعلاج الحالات المصدومة من المعركة. ولقد نجحت هذه الطريقة في علاج كثير من الحالات، منها حالة. ضابط مشاة infantry officer كان قد أصيب بالخرس، وبفقدان الذاكرة، وأمكن استدعاء الخبرات المؤلمة عن طريق النكوص أو العودة القهقري إلى إحداث المعارك الحربية.

ومنذ ذلك التاريخ وهذا المنهج يستخدم استخداماً ناجحاً مع المدنيين. وكان هناك جنود يعانون من الشلل أو العرج الهيستيري hysterical lameness، وفي إحدى

---

(١) Coleman, J.C., op. cit., p. 555.

الحالات كان يرجع إلى صراعات تتعلق بأسرة الجندي في الماضي، وعندما أعطي الجندي حقنة بنتوثال الصوديوم sodium pentothal ثم وجهه المحلل إلى المشي، وجد نفسه قادراً على المشي، وأبدى دهشته من ذلك. ولكن هذه الإزالة الحاسمة للعرض لا تعني الشفاء cure ولا تحل محله، ولكنها تمهد الطريق أمام العلاج النفسي المكثف، ولقد وصلت هذه الطريقة إلى أقصى درجات النجاح عندما وصل المريض إلى القدرة على لعب كرة السلة كجزء من برنامج العلاج، وقد نما نضوجه واستقلاله وقوته على المشاركة «بكل قلبه» وبكل كفاءة.

إن استجابات المرضى لعلاج التخدير، وخاصةً أصحاب الاضطرابات القصيرة أو العابرة، حيث تكون شخصياتهم ثابتة نسبياً قبل اشتداد الضغط، هذه الاستجابات لهذا العلاج تصبح ناجحة وقوية جداً. ففاقدو الذاكرة يستعيدونها والخرس يتمكنون من الكلام، والصم يسمعون، والمشلولون يستخدمون أطرافهم limbs. والمذهولون أو الذين هم في غيبوبة، وحتى مرضى الذهان العقلي يصبحون أكثر تماسكاً، ويربطون بين أجزاء خبراتهم. ولكن حيث يرجع المرض إلى علل طويلة المدى في بناء الذات، كما هو الحال في حالات الفصام، فليس لعلاج التخدير إلا قيمة قليلة.

على كل حال في يدي المحلل الماهر يمكن استخدام المقابلة التي تتم تحت التخدير norcosis بكفاءة وفاعلية في التخفيف من حدة الانفعالات المحبوسة - pent upemoions في استعادة الذكريات المفقودة، كما هو الحال في ردود الفعل العصابية التفككية. وفي إزالة الشلل، وغيره من الأعراض في مجموعة ردود الفعل التشنجية وبالمثل في حل الصراعات العميقة. ويمكن أن يترك المحلل إيحاءات على المريض مثل الإيحاءات اللاحقة للتنويم، لكي ينفذها في حالة اليقظة التالية. خلال وبعد المقابلة «التخديرية» يساعد المحلل المريض عن طريق الإيحاءات والتفسيرات وغيرهما من الأساليب لإعادة تقويم وفهم وهضم assimilate الصراعات والآلام التي ظهرت في أثناء المقابلة التي أجريت تحت التخدير.

السيكودراما Psychodrama

في خلال الحرب العالمية الثانية أنشئت مراكز لعلاج العصاب النفسي في بريطانيا، وكان من بين مناشطها تمثيل قصص درامية أو أحداث معينة بواسطة جماعات من المرضى. وكان لهذه القصص والأحداث فوائد علاجية وتشخيصية كبيرة وفي إحداها ظل أحد المرضى يشعر بالكبت والقمع حتى في المناقشات الجماعية، ولم يستجب للتحليل الذي تم تحت تأثير العقاقير، ولكن اتضحت مشكلته عندما مثل منظر سقوط قنبلة عليه، حيث قام بتمثيل دوره بانفعال كثيف، وعندما انتهى المنظر وانتهت القصة، نهض مذهولاً مبهوراً خائفاً، ومشى بعيداً في تخبط، وعندما ضحك الآخرون عليه ذهب إلى حجرة الطبيب، ونام دون أن يتكلم، وأخيراً قال إنه شعر بالدوار والربكة والانسحاق كما لو كان جباناً، وأخيراً اتضح أنه خلال القذف الحقيقي كان قد إنهار معتقداً أنه أصيب في انفجار قريب منه، وعندما نهض ضحك عليه زملاؤه، وأعتقد أنهم يعتقدون أنه جبان.

ابتكر هذا المنهج كما نعرف مورينو Moreno وفيه يشجع المريض لكي يمثل على خشبة المسرح موقفاً أو خبرة أو حادثاً أو قصة تتصل بصعوباته، ويقترح موضوع الدراما المريض نفسه أو المعالج، وقبل الجلسة مباشرة يحدد الموضوع. على سبيل المثال لقد أخبرت الزوجة زوجها أنها تحب شخصاً آخر، وأنها ستتركه، ومن شأن هذا أن يحدد الصورة العامة، للموقف الدرامي ثم يترك المريض وحده يعيد تمثيل الموقف تلقائياً حتى يصبح مناسباً. وقبل بداية الجلسة وقبل أن تعطي الشخصيات الأخرى لأشخاص آخرين يقوم بتوزيع الأدوار شخص يطلق عليه إسم مساعد الذات أو مساعد المخرج auxiliary egoés وهو ليس مريضاً، ولكنه شخص مدرب للقيام بأدوار مختلفة، ودوره ينحصر في إثارة المريض لكي يكون واقعياً وتلقائياً.

وفي خلال عملية التمثيل يكشف المريض عن كثير من عناصر شخصيته، كدوافعه وصراعاته وآلياته الدفاعية، كالإسقاط والتبرير، ولكن أهم من ذلك تأثير عملية «التطهير» على صراعاته وخبراته المؤلمة الماضية، فخلال التمثيل قد يعبر عن مخاوفه وسخطه وشعوره بالغيرة وبالذنب وإتهاماته المضادة الذاتية، ورغبته الداخلية

في أنه لا يستطيع أن يظهر في الحياة اليومية. هذه المواد الطافية يمكن إخضاعها للتحليل في مقابلات مع الطبيب. وللسيكودراما قيمة أخرى في تدريب المريض على التلقائية spontaneity في إعادة مواجهة المواقف القديمة وفهمها فهماً أكثر مواءمة وفي مواجهة المواقف الجديدة التي تنشأ من إعادة تمثيل المواقف الدرامية بمساعدة «مساعدي الذوات». إن تعليم التعبير عن الذات بسهولة وبتلقائية، ومقابلة المواقف الجديدة بكفاءة، كما تظهر تلك المواقف في المشاهد التمثيلية الدرامية، إن لهذا قيمة كبيرة في تحرير الفرد من الانفعالات المكبوتة أو المفعمة، والسدود الانفعالية وفي تنمية مرونة كبيرة ومهارات في العلاقات الشخصية.

إن السيكودراما إذا عبارة عن منهج لمساعدة المريض للتطهير النفسي عن طريق تمثيل أدوار مختلفة على خشبة المسرح، وتصمم فيها الأدوار، بحيث تكشف معاني هامة في بعض العلاقات الاجتماعية عند المريض.

السيكودراما مع التنويم المغناطيسي والتخدير:

من بين التنويعات المختلفة لاستخدام السيكودراما، إدخال التنويم المغناطيسي أو التخدير معها. حيث يمكن تمثيل العلاقات التي كانت صعبة في حياة المريض الماضية، وبذلك يكتسب المريض مهارات جديدة وثقة في مواجهته هذه العلاقات.

يساعد التنويم والتخدير على تمثيل الأحداث المؤلمة والصراعات الحادة عند المريض. ويأخذ أشخاص آخرون غير المريض أدواراً هامة في التمثيلية المنظر الدرامي dramatic scene، كدور الأم المحبوبة، أو الأب المخيف، أو الزميل المكروه، أو الرئيس العطوف. ويعتقد ولبرج Wolberg أن استخدام التنويم مفيد في إزالة المقاومة، ولإحداث الانفعالية، وإعادة إحياء الموقف الانفعالي بكثافة وعمق وحيوية vividness وغير ذلك مما لا يمكن الحصول عليه في حالة اليقظة.

تتبع هذه التطهيرات والكشوفات بجلسات مقابلة مصممة من أجل زيادة الاستبصار وإعادة التعليم الانفعالي.

لعب الدور Role - Playing

لعب الدور منهج أقل رسمية من السيكودراما، ولكنه ناتج عنها حيث يتم اختيار موقف درامي معين وتحدد شخصيات المرضى للقيام به ويتم اختيار أربعة أنواع من المواقف ذات أهداف مختلفة وهي:

١ ـ مواقف واقعية تستهدف إعداد الفرد لمواجهة أنواع المواقف التي سيواجهها بعد خروجه من المستشفى، على سبيل المثال كيف يواجه خريجو المستشفيات العقلية وبعد التمتع بصفة الامتياز الخاص بدخول المستشفى العقلية، وخاصةً موقف التقديم لوظائف بعد التخرج من المستشفى.

٢ ـ مواقف مصممة لتشجيع روح الجماعة والتوحد والتقمص، وتحقيق فهم شخصي أفضل، كالعلاقة بين الممرضين ونزلاء عنابر المستشفيات، مما يؤدي إلى عدم الاحتكاك وعدم خرق قواعد المستشفى، وذلك بسبب المشاعر الودية، وعدم معاملتهم معاملة القطيع، أو ترقيمهم كما ترقم الطيور أو الحيوانات. ففي أحد المشاهد التي مثلها المرضى معاون المستشفى يأتي ويحيي مريضاً عائداً لتوه من «فسحة» في خارج المستشفى، وباستهتار يلمح مذياعاً صغيراً كان يحمله المريض، ثم يفتح مقصورة المريض من الخلف ويجد فيها زجاجة من الويسكي. . . . .

وأسفرت مناقشة هذه الحادثة عن ضرورة إبلاغها للمسؤولين حتى تتضح واجبات الممرضين والممرضات في المستشفى.

٣ ـ مواقف مخصصة لإطلاق الانفعالات المحبوسة أو المكبوتة. فقد يمثل المريض ما كان يتمنى أن يقوله للطبيب عندما رفض الطبيب طلباً له بأن يخرج في إجازة لمدة نهاية الأسبوع، أو قد يعيد تمثيل موقف غير سعيد حدث مع زوجته.

٤ ـ مواقف مخصصة لحل الصراعات، ولإعادة التعليم الانفعالي كأن يمثل المريض دور الابن السلبي الذي تحميه أمه، أكثر من اللازم، يمثل كيف يقول لأمه الأرملة المحبة للتملك، كيف أنه يرغب في ترك المنزل، وأن يحصل بمفرده على وظيفة، وأن يتزوج. إن المريض الذي لم تسمح له الظروف أبداً بأن يعبر أو يقبل

عدواته تسمح له الظروف بأن يلعب دور الشاب الغليظ الفظ. وكيف يعالج مريض آخر مشكلة شاب يأخذ أكثر من نصيبه في الطعام. إنه لأول مرة يجد نفسه من الممكن أن يعبر عن شعوره الحقيقي في موقف يسمح له بذلك من خلال هذه الفرص التي تختبر العلاقات الاجتماعية، حيث يستبصر المريض دوافعه ومشاكله، كما يستبصر دوافع ومشاكل الآخرين، وبذلك ينمي علاقة شخصية أكثر رضا وإيجابية.

العلاج التوجيهي Directive Therapy

وضع هذا الأسلوب في العلاج فردريك ثورن Thone وهو أسلوب مضاد للعلاج المتمركز حول العميل، وبمعنى آخر العلاج النفسي غير التوجيهي الذي قال به روجرز. وهو في جوهرة منهج انتقائي أكثر منه منهج مستقل قائم بذاته. وعلى الرغم من أنه منهج توجيهي إلا أن ذلك لا يعني إنعدام موقف التسامح وعدم التوجيه. إلا أن ثورن يؤمن أن زمام التوجيه في العملية العلاجية ينبغي أن يكون في يد المعالج الماهر لا في يدي العميل العليل. إن السلبية وعدم التوجيه من الأمور غير المقبولة في العلاج النفسي.

ويتوقف مقدار التوجيه على مقدار اضطراب الشخصية فكلما زاد اضطراب الشخصية وعدم تنظيمها كلما احتاجت إلى مزيد من التوجيه ويبدو في نظر ثورن أن التوجيه قد أساء استخدامه غير المهرة من المعالجين ولذلك نادى أعداؤه بعدم التوجيه كلية.

ويتطلب التوجيه أن يتدرب المعالج تدريباً دقيقاً بحيث يتمكن من استخدام جميع الأساليب العلاجية المعروفة، وتلك التي أهملت في الوقت الحاضر كالتنويم المغناطيسي، والإيحاء، وإعادة تكوين الارتباطات الشرطية. وهو يؤمن الإنتقاء حيث تدعو الحاجة وحيث تسمح الإمكانيات المتاحة.

ويقوم المعالج النفسي التوجيهي بوضع خطة للعمل في العلاج ويقوم بالدراسات التشخيصية لحالة المريض من ذلك دراسة تاريخ حياة المريض دراسة مستفيضة وتطبيق القياسات النفسية وإجراء الفحوص الأخرى. ويحدد العوامل المسببة

للحالة ويصف الأعراض ويحدد خط سير المرض الذي يتنبأ به وتستغل هذه الخطة الإمكانات العلمية كلما أمكن ذلك.

ويقوم العلاج النفسي التوجيهي على عدة فروض منها:

١ ـ المفروض أن يتدخل المعالج النفسي، إذا فشل المريض نفسه وفشل المجتمع والأسرة والمدرسة في تكوين سلوك شرطي صحيح. وهنا يتدخل المعالج كمرب خبير.

٢ ـ مهمة المعالج الأولى خلق الظروف المؤاتية لكي يتعلم المريض أسلوباً جديداً للحياة. ويتضمن ذلك حدوث التجاوب وتحليل الظروف الماضية، وتصريف الانفعالات المعوقة وتشجيع المريض لحل مشكلاته.

٣ ـ تقوم مساعدة المريض على أساس العلم وعلى أساس تدريب المعالج تدريباً مهنياً وعلمياً، وذلك خلافاً للسلطة التعسفية كالأسرة أو المدرسة أو الحكومة أو الكنيسة.

العلاج القائم على علم المعاني Semantic Therapy

يقصد بعلم المعاني دراسة العلاقة بين الرمز ومعناه، وهناك مشكلة الاتصال في غالبية الاضطرابات الانفعالية، ولذلك من الممكن تطبيق نتائج علم المعاني على أساليب العلاج النفسي. والمريض يعجز عن استخدام المعاني والرموز استخداماً صحيحاً، والسلوك العصابي إنما ينتج من نقص الفهم الصحيح للمعاني والرموز. فالشخص المريض عقلياً نعتبره غامضاً وقليل القدرة على تكوين المفاهيم السليمة. ويتولى المعالج النفسي تعليم المريض الاستخدامات الصحيحة للكلمات.

وعلى الرغم من أن معرفة هذه الأمور لا تزيل كل اضطرابات المرضى إلا أن محاولات أنصار هذا المنهج قد لفتت نظر العلماء المعالجين إلى أهمية مشكلات الاتصال عند مرضاهم.

العلاج القائم على نظريات التعلم:

يرتبط بهذا المنهج أسماء علماء كثيرين من بينهم جون دولارد Dollard ونيل ميلر Miller وكيلي Kelley. والمعروف أن التعلم عبارة عن تغيير في سلوك الكائن الحي، ومعنى ذلك أنه يغير أفعال الفرد عما كانت عليه، وعما ستكون عليه لو لم يتوفر له التعلم. والتعلم قد يكون إيجابياً أو سلبياً أي قد يؤدي إلى تكوين عادات سلبية سيئة، أو عادات إيجابية. فالاضطرابات الانفعالية والعصاب والذهان عبارة عن خبرات أو عادات متعلمة. وليست محاولات العلاج النفسي بمختلف صوره وأشكاله إلا ضرباً من ضروب تعزيز الاستجابات الإيجابية وكف الاستجابات الخاطئة. ويستخدمون مفاهيم التعلم الأساسية في تفسير العلاج وأحداثه كعملية التعزيز، أو التدعيم، وعملية الكف وكذلك عملية التعميم. ويعمل المعالج على إزالة أو محو أنواع التعلم الخاطئة وتكوين غيرها إيجابية.

كما يستخدمون مبدأ تدريج التدعيم، ويستخدمون طريقة لعب الدور كوسيلة من وسائل العلاج، وتعلم أدواراً اجتماعية جديدة يؤدي إلى تكوين نظرة جديدة للحياة لدى المريض[١].

ويعتبر المعالج من هذه المدرسة، توجيهياً يستخدم التدخل والتفسير والتصويب والتدعيم. فالمرض النفسي سلوك متعلم.

العلاج القائم على تكوين التأكيدات:

يرجع هذا الأسلوب في العلاج النفسي إلى العالم لاكن فليبس Philips يختار الفرد إمكانيات السلوك لمواجهة المواقف التي تقابله في الحياة، فالفرد يعيش على هدى من تأكيداته عن مواقف الحياة التي يوضع فيها. والمريض النفسي يراهن على تأكيدات احتمال فشلها كبير. وهو شخص متطرف. يميل إلى تكرار أنماط معينة بشكل دائري، وبطريقة تؤدي إلى الهزيمة، وكلما زاد تطرف المريض كلما أصبح أقل

---

(١) Harper, R.A., Ibid.

مرونة. ويأتي المريض للمعالج عندما يشعر بالفشل. وهنا يتدخل المعالج لتعديل تأكيدات المريض، ويساعده على أن يقلل من رهانه على مثل هذه التأكيدات أو يراهن على تأكيدات أكثر نجاحاً. وينظر فيليبس إلى المريض النفسي على أنه يعاني من صراع بينه وبين البيئة نتيجة لتكرار دحض وعدم تأييد تأكيداته. والصراع يؤدي إلى التوتر والتوتر يقلل من قدرات الفرد على حل المشكلات، ووظيفة المعالج تخفيف حدة التطرف، وحدة التوتر ويتم ذلك عن طريق تعليم أساليب جديدة، واحتمالات نسبة تأييدها من البيئة أكبر.

العلاج النفسي القائم على أساس عقلي Rational - Psycho Therapy

وهو منهج حديث نتج عن الأعمالالإكلينيكية لعام النفس الأمريكي البرت أليس Ellis، وكان أليس من معالجي التحليل النفسي، ولكنه كان ينتقده لإبتعاده عن العلم، ويفترض أن التفكير أهم أسباب الانفعال، كمل يرى أليس أن ما نسميه انفعالاً هو نمط من التفكير المتعصب، أو الحكم المتعصب، وأن التفكير يقوم على أساس اللغة، فالشخص الذي ينفعل انفعالاً إيجابياً كالحب أو السعادة يقول لنفسه شعورياً أو لا شعورياً بعض الجمل التي تعني أن هذا الشيء (شيء طيب). وبالمثل فإن الانفعالات السلبية كالغضب تنتج عن الاقتناع بعبارة مثل هذا الشيء «شيء رهيب» ويعتقد أليس أن الشخص البالغ ما لم يستخدم مثل هذه الجمل شعورياً أو لا شعورياً فإن كثيراً من انفعالاته لن تكون موجودة وإذا كان الانفعال ينتج عن التفكير فإن ضبط التفكير يؤدي إلى ضبط هذا الانفعال، ويستطيع الفرد أن يغير تفكيره إلى تفكير إيجابي بتغيير أحاديثه الداخلية والخارجية التي هي الأصل في تكوين وجداناته. هذا ما يعمله المعالج طبقاً لهذا المنهج حيث يعلم مرضاه أن يخلقوا استجاباتهم الانفعالية بحديثهم لأنفسهم أشياء معينة. وكيف يمكنهم خلق انفعالات أخرى إذا قالوا لأنفسهم أشياء أخرى. ويرى أليس أن الاضطراب النفسي إنما ينتج عندما يعيد الأفراد عبارات سلبية وغير منطقية وغير واقعية وانهزامية. وعلى ذلك يجب أن يتعلموا أن يقولوا لأنفسهم عبارات واقعية منطقية وإيجابية.

ويستخدم الإنسان هذه العبارات غير المنطقية؛من البيئة الثقافية التي يولد فيها.

ويرى أن هناك مجموعة من العبارات العامة التي تسود في الثقافة الغربية والتي يصبح على المعالج استبدالها بعبارات إيجابية أخرى ومن هذه العبارات السلبية ما يلي:

١ ـ من الضروري الحتمي للشخص البالغ أن ينال استحساناً عن كل عمل يقوم به من كل شخص يحيط به. ومن الأفضل أن يعتمد الشخص على الآخرين دون اعتماده على نفسه لأن الاعتماد على الذات أنانية.

وتستبدل هذه الجملة بقضية أخرى هي:

من المفضل، ولكن ليس من المحتم، للبالغ أن يحبه ويستحسنه الآخرون، والأفضل أن يتمتع الفرد باحترامه لنفسه بدلاً من استحسان الآخرين له، ومن الأفضل أن يقف المرء على قدميه بمجهوده الذاتي بدلاً من أن يقف على الآخرين.

٢ ـ «إنها نكسة كبيرة أن تسير الأمور في إتجاه يخالف رغبة الفرد، ويجب أن يساعد الآخرون على مواجهة الصعوبات التي تواجهه. ولا ينبغي أن تؤجل اللذة الحاضرة من أجل لذة مستقبلية».

وتستبدل هذه العبارة بعبارة أخرى «أنه أمر سيىء عدم سير الأمور بالشكل الذي يرغبه الفرد، وينبغي على الفرد أن يعمل لتغيير الظروف نحو الأفضل، وإذا كان ذلك مستحيلاً فعليه أن يستسلم للواقع، ولا معنى للشكوى عديمة المعنى. ومع قبول تقبل الفرد لمساعدة الآخرين، فإن الفرد يستطيع أن يواجه صعوباته بنفسه. وعدم قدرته على تأكيل لذاته الراهنة من أجل كسب في المستقبل يحطم حياته.

٣ ـ «إن تجنب المشكلات والمسؤوليات أسهل من مواجهتها، إن الكسل من الأمور السارة والضرورية، إذا كان القيام بالأعمال غير سار يجب أن يثور المرء ضد هذه الأعمال». وتستبدل هذه العبارة بعبارة أخرى: «إن الطريقة السهلة في الطريقة الصعبة في المدى البعيد، وطريق حل المشكلات الوحيد هو مواجهتها، والكسل وعدم النشاط أمر غير سار. إن الإنسان يشعر بالسعادة إذا كان نشطاً وحيوياً، وعلى الفرد أن يفعل ما هو ضروري مهما كان غير سار دون شكوى أو ثورة.

ويعتقد أليس أن منهجه في العلاج يكشف عن الأفكار والفلسفات والقيم التي تكمن وراء العصاب، ويعمل على مهاجمتها، فاضطرابات الفرد تنشأ من الاتجاهات اللامعقولة، ويعتمد هذا المنهج في العلاج على مهاجمة الأسباب الحاضرة وليست الظروف الماضية. ويعتمد المعالج على تنمية بعض المعايير الخلقية كاهتمام المرء بجاره والاهتمام بالآخرين، ويوضح المعالج للمريض أن سلوكه غير منطقي، وأن أفكاره خاطئة، ويحاول تشجيعه على اعتناق أفكار معقولة، ويعمل المعالج على تكذيب الأفكار اللامعقولة. كما يشجع العميل على القيام ببعض المناشط التي تؤدي إلى طرد أفكاره غير المعقولة واعتناق غيرها. ويرى أليس أن هذا المنهج ينجح أكثر في علاج المرضى من غير مرضى الذهان، ويصلح أكثر من غيره مع الأذكياء وصغار السن، ويؤدي العلاج إلى تنمية الاستعداد للعمل، وحب الاستطلاع، وتقبل وجهات نظر المعالج. وهو أقل فائدة مع العملاء الذين لا يقبلون العمل أو التهذيب ويرفضون التفكير لأنفسهم والذين يتشبثون بجمود بمذهب معين.

العلاج الوجودي Logotherapy

قبل شيوع هذا المصطلح كان يستخدم قبله اصطلاح التحليل الوجودي existential analysis ويقصد بهذا الاصطلاح العلاج الذي يدمج ما بين المعنى واللفظة والشكل والفكرة والكلام. وتبعاً لأحد تعريفات جوردون البورت Gordon W. Allport هذا العلاج يقصد به إحدى المدارس التي ينطبق عليها الطب العقلي الوجودي existential psychiatry. ويعتبره غيره من علماء النفس إتجاهاً جديداً في العلاج النفسي وعلم النفس الديني. والعلاج الوجودي إذا صح التعبير، أكثر من مجرد تحليل للوجود وأكثر من تحليل المريض. إن هذا المنهج لا يهتم فقط بالوجود being ولكن أيضاً بالمعنى meaning. إنه ليس مجرد تحليل ولكنه أيضاً علاج.

والمعروف أن كل منهج من مناهج العلاج يستند إلى نظرية علمية معينة والعلاج الوجودي يعتمد على عدة فروض أساسية هي:

أ ـ حرية الإرادة freedom of will[1].

ب ـ إرادة المعنى will to meaning.

جـ ـ معنى الحياة meaning of life.

لا يوجد إلا فئتين من الناس هم الذين يزعمون أن إرادتهم ليست حرة: الفصاميون يعانون من الهذيان بأن إرادتهم وأفكارهم يتحكم فيها غيرهم، ويحركها أناس غيرهم، والفئة الثانية فئة فلاسفة الحتمية determinictic philosophers فهم يعترفون أننا نتصرف كما لو كانت إرادتنا حرة، ولكن هذا في نظرهم مجرد خداع للذات self deception. يقوم هذا المنهج على أساس حرية الإنسان في أن يحكم على نفسه وعلى الآخرين، وأن يعبر عن نفسه، وأن يقبلها أو يرفضها، ويستطيع أن يحكم على حاجاته النفسية والبيولوجية. وللإنسان قدرة على أن يفصل ذاته.

ويستفاد من هذه القدرة في نوع من أنواع العلاج الوجودي يسمى النية أو الإرادة المتناقضة تناقضاً ظاهرياً paradoxical intention ويمكن التعرف على طبيعة هذا المنهج من عرض الحالة الآتية:

مريض يعمل بائعاً في مكتبة، تردد على كثير من الأطباء للعلاج. ولكن دون نجاح، كان يعاني من حالة يأس شديدة، ويعترف بأنه كان على حافة الانتحار. ويقول إنه منذ عدة سنوات وهو يعاني من «تشنج كتابي» إزداد أخيراً وأصبح شديداً لدرجة أنه كاد يفقد وظيفته. ولذلك فكر المعالج في استخدام العلاج قصير المدى لتخفيف الموقف. ولقد أمره أن يفعل بالضبط عكس ما كان يفعله هو دئماً، بمعنى أنه بدلاً من أن يحاول أن يكتب بأكبر دقة ممكنة وأكبر قدر من الوضوح بحيث يصبح مقروءاً بدلاً من ذلك طلب منه المعالج أن يكتب بأسوأ طريقة ممكنة أو «يخربش» ونصحه بأن يقول لنفسه والآن سوف أظهر للناس أنني أحسن شخص «يشخبط» في الكتابة. وفي هذه اللحظة التي حاول فيها متعمداً أن يشخبط أصبح غير قادر على أن يفعل ذلك، فقال إنني أحاول أن أشخبط، ولكن ببساطة لم أستطع أن أفعل ذلك. هكذا قال في

---

(١) Frankl, M.F., Psychology and Existentialism, a Pelican Book, 1973.

اليوم التالي وبعد ٤٨ ساعة تخلص المريض من قيده في الكتابة وظل سعيداً وقادراً على العمل.

ويبدو هنا ظهور روح الفكاهة في هذا المنهج sense of humour.

والفكاهة تضع الإنسان فوق مشاكله، وتجعله ينظر لنفسه بصورة مستقلة وإن منهج الإرادة المتناقضة يساعد المريض على أن يسلك على مستوى عميق، وأن يغير إتجاهه المتطرف.

ويزعم أحد أنصار هذا المنهج أنه عالج مريضة تعاني من الخوف من الأماكن المتسعة أو الخلاء agoraphobia وتمكن من شفائها منذ الجلسة الأولى. وبذلك لم يستطع التعرف على الديناميات النفسية التي تكمن وراء مرضها.

وباختصار منهج العلاج الوجودي عبارة عن نوع من العلاج النفسي الذي يعترف بسعي الإنسان نحو المعنى، وإشباع حاجته لمعرفة معنى الحياة ويؤكد حرية الإنسان في أن يعلو فوق المعانات أو المقاساة، وتصبح هذه قوة إيجابية ضد الفراغ الوجودي الداخلي الذي يتصف به مريض العصاب النفسي في أيامنا هذه. ولقد كانت هذه الطريقة رد فعل لما جرى في معسكرات النازية التي جردت الإنسان من إنسانيته.

والوجودية عموماً فلسفة تعطي الأولوية لدراسة الظواهر الوجودية أكثر من دراسة السببية، وتنادي بدراسة الظواهر نفسها. فالوجودية فلسفة معاصرة تؤكد حرية الفرد ومسؤوليته.

الافتراض الثاني في العلاج الوجودي هو إرادة المعنى أو الرغبة في المعنى أو إرادة اللذة. والوجودية مذهب فلسفي معاصر يضع بدلاً من الوجود العام الوجود الفردي المشخص الواقعي في الموضع الأول في النظر الفلسفي مع تأكيد سبقه على الماهية[1].

---

(١) د. محمد ثابت الغندي، مع الفيلسوف، دار النهضة العربية ـ بيروت ١٩٧٤.



الفصل الثامن

المبادىء العلمية للعلاج النفسي السلوكي

* مقدمة.
* الاتجاه السلوكي في العلاج النفسي.
* المواجهة المباشرة لتعديل السلوك.
* المناهج الفرعية:
* تشريط المحاشاة أو التحاشي.
* الاستجابات المميزة.
* الاستجابات التوكيدية.
* منهج الكف أو الانطفاء.
* سحب أو منع التعزيز أو المكافأة.
* سلب الحساسية بالمثيرات المزعجة.
* العلاج بالنفور أو الإشمئزاز.
* العلاج بالانفجار الداخلي.

مقدمــة

هنــاك منــاهــج متعــددة تستخــدم الآن لعــلاج الأمــراض العقليــة والنفسيــة والسيكوسوماتية[1] والاضطرابات الإخلاقية والسلوكية كالإدمان والشذوذ الجنسي والجنوح والجريمة وما إلى ذلك.

من بين هذه المناهج الشائعة والحديثة ما يعرف بإسم علاج الأفعال Action therapy أو ما يسمى أحياناً بالعلاج السلوكي Behaviour therapy نسبة إلى المدرسة[2] السلوكية في علم النفس الحديث، ويقف هذا الاتجاه في مقابل اتجاه آخر في العلاج يعرف بإسم العلاج بالاستبصار أو بالفهم Insight therapy. وبدلاً من التركيز والاهتمام بدوافع المريض ومحركات سلوكه تلك الدوافع التي قد تؤدي إلى معاناة المريض من الأعراض المرضية Symptoms، بدلاً من ذلك التركيز على الأعراض

---

(١) تشير الأمراض السيكوسوماتية إلى مجموعة الأمراض النفسجسمية وهي تلك الأمراض التي تنشأ من أسباب نفسية بينما تتخذ أعراضها شكلاً جسمياً وهي كثيرة الانتشار في هذه الأيام ومنها ضغط الدم المرتفع، وقرحة المعدة والقولون الإثني عشر والصداع النصفي والربو وبعض الأمراض الجلدية وبعض أمراض اللثة والأسنان وآلام المفاصل.

(٢) المدرسة السلوكية في علم النفس أسسها عالم النفس الأمريكي جون واطسون وكانت تنكر الشعور واللاشعور والدوافع والغرائز وأثر الوراثة والاستعدادات على السلوك وكانت ترى أن موضوع دراسة علم النفس يكمن فقط في السلوك الظاهري الخارجي القابل للملاحظة.

نفسها، ويعملون على إزالتها وخفضها ومحوها دون الاهتمام بمصدر أو منشأ أو سبب هذه الأعراض أو تلك العلل كالقلق أو الاكتئاب أو الخوف الشاذ، وبدلاً من وضع مسؤولية العلاج في يد المريض، توضع عليه في يد المعالج، وبدلاً من الاهتمام بقيم المريض الوجودية، يركز هذا النمط من العلاج على الوظائف Functions التي يقوم بها المريض، وكيف تتداخل أعراضه أو آلامه مع هذه الوظائف وتعطلها، وبدلاً من ممارسة العلاج النفسي كعملية يقصد بها مساعدة المريض على اكتساب الاستبصار والفهم الذاتي أو فهمه لذاته، يتصور المعالجة على أنها هجوم مخطط على الأعراض مباشرة دون الاهتمام عما إذا كان هناك فهم يتحقق بذات المريض أم لا. وينتمي أصحاب هذه الاتجاه العملي في العلاج أو الاتجاه السلوكي إلى المدرسة السلوكية، لأنهم يهتمون بالسلوك الذي يمكن ملاحظته وقياسه، ولأنهم يدينون بالفضل للمذهب السلوكي في علم النفس أو المدرسة السلوكية Behaviouri sm ترجع إلى عالم النفس السلوكي جون واطسون John B. Watson وهم لا يهتمون كثيراً بفكرة الدوافع أو الدافعية Motivation وإنما يهتمون بعملية التشريط أو الاشتراط. أي التعلم الشرطي أو الاقتران أو الارتباط الشرطي Conditioning أي الارتباط الزمني بين مثير معين واستجابة معينة، تلك العملية التي تؤدي إلى تكوين العادات السلوكية من أقطاب هذا الاتجاه هانز ايزنك Hans Eysenck نراه يعرف السلوك العصابي أي المرض بأنه سلوك سيء التكيف أو التوافق Maladaptive behaviour مكون من عادات تكونت من خلال عملية الاشتراط أو التشريط Conditioning وقابل للإزالة أو المحو أو الانطفاء to be extinguished من خلال عدة تقنيات تجري في المعامل والمختبرات. ولا يوجد مرض ولا تعقيد، وعلى ذلك توجه المعالجة مباشرة نحو الأعراض Syptoms خلافاً لما يجري عليه العلاج النفسي وفقاً للمناهج الأخرى، تلك التي تركز على الفرضيات النظرية والتعقيدات والأمراض.

يؤكد انصار الاتجاه السلوكي في العلاج النفسي بأن منهجهم يرتكز على نظرية التعلم الحديثة Modern learning theory أصحاب هذه النظرية الجدد يستمدون وحيهم أو إلهامهم من نظرية التعلم الحديثة ومن الدراسات الحديثة أو الأكثر حداثة عن أعمال ثورنديك Thornidike وايڤان بافلوف pavlov وهل Hull وسكنر Skinner ولكنهم لا

يعتمدون كلية على الدراسات التجريبية التي أجريت في مجال التعلم. وإن كانوا يعتقدون أنهم يعتمدون اعتماداً كلياً على نظريات التعلم. هذا مع ملاحظة أن هناك فروقاً فردية بين هؤلاء العلماء في تفاصيل المنهج العلاجي الذي يستخدمونه. يتفق كل من إيزنك وسكنر وولب Wolpe، يتفقون على المواجهة المباشرة لتعديل السلوك behaviour modification كأساس للشفاء أو العلاج، ويستخدمون نظرية هل في التعلم، وفي السلوك مع ما فيها من مفاهيم مثل الكف أو منع الاستجابة Inhibition. والباعث Drive بينمايرفض سكنر هذه المفاهيم. كذلك يتفق هؤلاء العلماء فيما بينهم على رفض نظرية التحليل النفسي التقليدية في الشخصية، تلك النظرية الدنيامية. ويصرون على تطبيق مبادىء التعلم في علاج الاضطرابات السلوكية. ويهتمون بابتكار مناهج لعلاج أصحاب الاضطرابات النفسية. يهتمون بالأفعال أكثر من الفهم والاستبصار. وإن كانوا قد استمدوا إيحاءاتهم من كثير من المصادر(٣).

ويمكن تمييز عدد من المناهج الفرعية في العلاج السلوكي من ذلك ما يلي:

١ ـ منهج التشريط أو الاشتراط أي التعلم أو الاقتران أو الارتباط الشرطي.

٢ ـ منهج الكف أو المنع أو الانطفاء Extinction.

٣ ـ منهج تعديل أو تغيير أو تشكيل السلوك Behaviour Shaping أما ما يعرف بإسم الاشتراط الإجرائي أي ذلك الذي يعتمد فيه التعلم على القيام بعدة إجراءات أو خطوات ويعرف أحياناً بإسم الاشتراط الأدوي نسبة إلى ما يستخدم فيه من الأدوات Operant Counterconditioning ويستخدم التشريط المضاد.

ومنهج الكف لعلاج حالات الخوف الشديد Extreme Fears أي المخاوف الشاذة أو اللامعقولة أو الرِّهاب أو الخوّاف أو الفوبيا Phobias وكذلك علاج عصاب الحصر أو القلق Anxiety ، وكذلك المشكلات الجنسية أي مظاهر الشذوذ الجنسي، وما أشبه ذلك بينما يستخدم الاشتراط الأدوي أو الإجرائي لتعليم المهارات اللازمة لنمو العادات المرغوب فيها.

---

(٣) عبد الرحمن العيسوي، علم النفس في المجال التربوي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية ١٩٩٤.

ويقصد، هنا، بإعادة التشريط أحلال شعور أو سلوك جديد مضاد لسلوك أو شعور قديم موجود. وعلى ذلك يمكن أن يحل الشعور بالهدوء محل الشعور بالقلق، ويمكن أن يحل الشعور بالغضب مثل الشعور بالقلق. والرغبة في شيء ممنوع أو ضار يمكن أن يحل محل هذه الرغبة الشعور بالخوف أو التقزز والقرف والفتيان أو قلب المعدة Nausea. منهج إعادة التشريط هذا يتضمن ثلاثة مناهج فرعية أخرى نابعة كلها من أعمال جوزيف ولب العلمية، وإن كان بعضها يرجع إلى الوراء إلى زمن جاتري Guthrie في عام ١٩٣٥ م وباجباي Bagby عام ١٩٢٨ م. هذه المناهج الفرعية عبارة عما يأتي:

١ ـ تشريط المحاشاة أو التحاشي Avoidance أو التجنب.

٢ ـ الاستجابات المميزة Discriminative responses.

٣ ـ الاستجابات التوكيدية أي التي تؤكد ذات المريض Assertive responses.

فيما يتعلق بتعلم تجنب الاستجابات السلبية يستخدم هذا المنهج إما لجعل حالة غير سارة لدى المريض محتملة وسارة، أو لخفض الشعور باللذة المرتبطة بأي من العادات غير المرغوب فيها كعادة الإدمان مثلاً. والنوع الأول يندر تطبيقه في الحياة العملية. فمن أجل إزالة الشعور بالقلق الناجم يتعرض المريض لصدمات كهربائية مؤلمة، ولكنها غير ضارة. وقبل أن يتعرض للصدمة، فإن المعالج يخبره بأن يقول كلمة «هدوء» إذا جاءت الصدمة الكهربائية كبيرة، وذلك لوقف الصدمة. وباستمرار هذه العملية والنطق بكلمة «هدوء» تصبح هذه الكلمة مرتبطة بإزالة أو خفض حالة اولم pain reduction أي يتم تشريطها بالهدوء[٤].

ويأمل أصحاب هذا المنهج أن هذا اللون من التشريط سوف يعمم لحالات الشعور بالألم الأخرى مثل القلق. ومن ثم يستطيع المريض عندما يواجه بحالة من القلق أن يهدىء من روعه بالنطق بكلمة «هدوء» Calm مثل هذا المنهج لا يهتم بمصدر أو منشأ القلق أو سببه.

---

(٤) عبد الرحمن العيسوي، العلاج النفسي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٩٤.

ويستخدم هذا المنهج أيضاً في خفض درجة اللذة المرتبطة أو المقترنة بالسلوك السيء أو السلبي أو الشاذ أو العدواني، كأن نحرر مريضاً ما من الإثارة الجنسية المثلية كاللواط Homosexual arousal وذلك بربط رؤية صورة عارية لشخص من نفس الجنس بصدمة كهربائية أو تمثال لرجل عار بصدمة كهربائية. وفي كل مرة يثار فيها المريض عن طريق رؤية هذه الصورة يتعرض للصدمة الكهربائية حتى يتم الارتباط بين المعزز السلبي هذا أي الألم بالمثير الجنسي الشاذ، ويقل الشعور باللذة الناجمة عن هذه الرؤية.

أما منهج تعليم المريض التميز وتجنب أو تحاشي السلوك السيء، فيستخدم لعلاج المشاكل الجنسية. وهنا يتم تدريب المريض على إقامة علاقات جنسية فقط عندما توجد لديه الرغبة الحقيقة والإيجابية.

ويعتمد التدريب هذا على تنمية قدرة المريض على التميز بين المواقف التي تثير القلق وتلك التي لا تثير هذا القلق، بحيث يتعلم تحاشي الموقف الأول ويستمر في الموقف الثاني.

أما العلاج التوكيدي فيقوم على أساس تدريب المريض، بحيث يأتي بالاستجابات التي تؤكد ذاته Assertive responses، وهي عبارة عن سلوكيات ذات طابع عدواني نسبياً يقوم بها المريض، عندما يشعر بالغبن أو بالظلم أو بالاهمال أو أن حقوقه قد سلبت منه. القلق يعوق التعبير عن العلاقات المتبادلة بين الناس. التوكيد يكف أو يمنع القلق ويفسح المجال واسعاً أمام المريض في تعامله مع الآخرين.

أما منهج الكف أو الانطفاء، فخلافاً لمنهج الاشتراط المضاد، يستهدف هذا المنهج مهاجمة القلق مباشرة بأي من الطرق الثلاثة الآتية:

١ ـ سحب أو منع التعزيز أو المكافأة Reinforcement Withdrawal.

٢ ـ سلب الحساسية أو فقدان الإحساس بالمثيرات المزعجة.

٣ ـ العلاج بالتقزز أو النفور أو الكراهية أو القرف أو الاشمئزاز Implosive therapy.

بالنسبة للمنهج الأول، فمعروف أن الاستجابة إذا تم تكرارها أو إعادتها دون أن يلحقها التعزيز أو المكافأة أو الرضا أو الإشباع أو السعادة فإن قوة هذه الاستجابة

تأخذ في التضاؤل التدريجي أو النقصان تدريجياً سواء أكان التعزيز سلبياً أم إيجابياً، ففي حالة التعزيز السلبي، إذا كان المريض يتوقع أن يقابل بالإدانة أو النقد إذا قال شيئاً ما، وإذا قاله ولم تحدث هذه الإدانة أو ذلك المعزز السلبي، فإنه لا يشعر بالقلق عندما يقول ما يشاء. لكن توقعه للإدانة يجعله يشعر بالقلق.

المثال الآتي يوضح ذلك(٥):

إذا كان هناك طفل يأخذه الغضب والثورة والنهج عندما تضعه أمه في فراشه في الوقت المخصص للنوم، وعندما تنصرف الأم من الحجرة، وإذا حدث أن عادت الأم على صوت صراخ طفلها، فإنه يميل إلى تكرار هذه الثورة لعودة الأم إليه والجلوس معه في فراشة لمدد أطول، ولذلك يتم سحب هذا التعزيز ويترك الطفل دون أن تعود إليه الأم مهما كان صراخ الطفل شريطه أن تتأكد من أنه لا يوجد أي شيء يؤلم الطفل أو يزعجه بالفعل كالألم أو الإبتلال. كذلك فإن عدم تصديق الطفل عندما يكذب أو يسرح في سرد القصص الخيالية على أنها وقائع حدثت له، يجعله يكف عن الكذب، وبالمثل يمكن كف سلوك السرقة والعدوان والتدمير والغيرة والتبول اللاإرادي بأتباع مثل هذا المنهج. مثل هذا الطفل لوحظ عليه أنه كان يصرخ في فراشه مدة ٤٥ دقيقة، قبل أن يستغرق في النوم وتقل هذه الفترة تدريجياً حتى يختفي الصراخ، وينام فوراً بل، في نهاية التجربة كان يعطي أمه إبتسامة حانيه قبل أن يستغرق في النوم.

هذا ويستخدم علماء النفس ما يعرف بإسم المران أو التمرين السلبي Negative practice.

بمعنى زيادة ممارسة العادة السيئة أزيد من الحد المعقول حتى تصبح عادة ضارة وغير سارة وحتى تنفي أو تهلك هذه العادة. من ذلك علاج اللوازم tics وهي حركات لا إرادية يجد الفرد نفسه مرغماً على القيام بها tics كحركة الرقبة أو الحواجب أو ما إلى ذلك. وبدلاً من أن يطلب المعالج من المريض الكف عن ممارسة هذه العادة،

---

(٥) London, P. and Rasenhan, D., (1968), Foundations of Abnormal Psychology, New York, Rinehart and Winstan, P. 581.

يطلب منه الأكثار من ممارستها لفترات طويلة حتى يتعب منها المريض ويكرهها ويشعر بها إذا كانت لا شعورية وحالة التعب حالة سلبية أو تعزيز سلبي وبعد تكرار هذه الممارسة السلبية عدة مرات، ترتبط «اللازمة» بحالة سلبية من التعب أو الألم ومن ثم تقل أو تتوقف نهائياً.

أما منهج سلب الحساسية. فيعتمد على الخيال في إزالة حالة القلق وخاصةً في حالة الفوبيات أي المخاوف الشاذة. ولقد أبتكر هذا المنهج جوزيف وولب، حيث يتم تصميم قائمة، توضع في يد المعالج والمريض تضمن الأشياء أو المواقف أو المثيرات التي تثير الخوف أو القلق لدى المريض وذلك بعد أن يتم وضع هذه المثيرات في ترتيب من أبسطها أو أقلها إثارة للقلق أو أضعفها إلى أكثرها إثارة للقلق. يتم تدريب المريض على الاسترخاء العميق ربما باستخدام التنويم المغناطيسي Hypnosis.

وهنا يستعرض المعالج أضعف المثيرات إثارة للقلق، ويطلب من المريض أن يتخيله بكل قوة. وإذا مر ذلك دون أن يشعر المريض بقلق زائد لا يحتمل، انتقل إلى المثير التالي في درجة الإثارة الحصرية. وهكذا من مثير إلى آخر حتى نهاية القائمة. وإذا شعر المريض بحالة شديدة من القلق، فإنه يشير إلى المعالج لكي يعيده إلى المثير السابق في قائمة مثيرات الحصر هذه. وهكذا يستمر المعالج في استعراض قائمة المثيرات حتى يصل إلى نهايتها أي إلى أشدها إثارة للقلق، وسوف لا تؤدي إلى شعور المريض بالقلق، ولن تنال من حالة الاسترخاء التي يتمتع بها. ويتم تعميم إزالة حالة القلق هذه من حالة القلق داخل قائمة العلاج إلى مواقف الحياة الخارجية.

أما العلاج عن طريق ما يسمى بالانفجار الداخلي Implosive therapy فهو منهج قليل الاستخدام في هذه الأيام، ويستهدف الهجوم على حالة القلق لإزالتها، ويشبه، من حيث المبدأ، سحب التعزيز، ويكنه يختلف في أمور كثيرة فبدلاً من ترك السلوك السيء أو غير المرغوب فيه لكي يتلاشى أو يتأكل طبيعياً، هذا المنهج يحاول أن يخلق انفجاراً داخلياً Explosion inwards انفجاراً من القلق داخلياً، كأن نجعل المريض يخاف إلى أقصى درجة ممكنة، ولكن خوفه لا يتعزز عن طريق الأذى الفعلي، ويتم هذا بأسلوب يشبه أسلوب سلب الحساسية. حيث يبدأ المعالج والمريض في الاتفاق

على الأشياء والمواقف التي تثير القلق الشديد والبسيط. ثم يطلب المعالج من المريض تخيل هذه المواقف. وخلافاً لمنهج سلب الحساسية الذي يبدأ بأبسط المثيرات وأضعفها، هنا يبدأ المعالج بأكثر المثيرات شدة وقدرة على إثارة القلق في نفس المريض، ولكن بصورة سريعة جداً وبشدة أو كثافة بقصد إثارة المريض وليس تهدئته. إن تجربة القلق المكثف المتكررة دون حدوث أذى حقيقي تسبب الانطفاء التدريجي للقلق. ويتم العلاج ويتحقق الشفاء عندما تصبح قصص المعالج عديمة القدرة على إثارة حالة القلق لدى المريض. هذا المنهج ابتكره توماس ستامبيفل Thomas Stampfl، ولكنه لا يستخدم كثيراً ولا يرد ذكره كثيراً في التراث السيكولوجي الخاص بتقنيات العلاج النفسي. ويفضل على هذا المنهج الآن منهج سلب الحساسية الذي ابتكره جوزيف وولب.

هذه المناهج لا تؤمن بتحليل الدوافع التي تكمن وراء القلق، والذي يوجد في خلفية معظم الأمراض النفسية، كذلك لا يؤمن هذا المنهج بجدوى عملية الاستبصار أو الفهم العميق لحالة المريض Insight في علاج المريض أو شفائه Remediation وأن المهم هو الهجوم المباشرة على القلق نفسه أو العرض نفسه الذي يعاني منه المريض. ولكن المنهج اختلف عندما، ففي الوقت الذي يبدأ فيه وولب بأقل المثيرات قدرة على إثارة القلق وينتهي بأشدها، يبدأ سامبيقيل بأكثر المثيرات إزعاجاً وفزعاً وخوفاً ويعرض المريض له. أما أيهما أكثر فاعلية، فإن هذه المسألة تحتاج إلى مزيد من الدراسات والبحوث الميدانية المأمول أن يتطلع بها العلماء النفس في الوقت الراهن.

أما بالنسبة لسكنر، فإنه لم يكن معالجاً نفسياً، وإنما هو منظر ومفسر لعملية التعلم فهو واضع ما يعرف بإسم الاشتراط الأدوي أو الإجرائي Instrumental ولكن منهجه هذا يستخدم في تعديل السلوك Altering behaviour. هذه الفكرة تم تطبيقها في مجال العلاج النفسي Psychotherapy ويركز منهجه في فكرة التعزيز في التعلم وعن طريق ما يعرف بإسم التقريب المتتابع أو المتتالِ Successive Approximation بمعنى التعلم بخطوات متدرجة أو تدريجية تسير نحو السلوك المرغوب فيه حيث نقود كل خطوة جديدة نحو السلوك المرغوب فيه وتثاب كل خطوة إيجابية. وتتضمن هذه العملية تشكيل السلوك Behaviour Shaping.

لكي نقوم بتشكيل سلوك ما، ينبغي أن نعرف ما الذي يجده المريض مؤدياً إلى المكافأة والجزاء الطيب أو الثواب، وما الذي يراه مؤدياً إلى النفور والكراهية والإسمئزاز Aversive. وعن طريق زيادة المكافآت يستطيع المعالج أن يزيد من نسبة واحتمالية حدوث السلوك المرغوب أو المطلوب، وعن طريق سحب التعزيزات أو المكافآت يقلل من نسبة تكرار أو حدوث السلوك غير المرغوب فيه، كذلك في إمكانه استخدام العقاب في إزالة السلوك غير المرغوب فيه، ولكن نتائج العقاب غير مأمونة إلا إذا قام بالمعالجة إنسان مؤهل تأهيلاً جيداً. ولذلك يغلب على منهج سكنر تقديم المكافآت.

والحقيقة أن مثل هذا المنهج يمكن تطبيقه على مرضى الأعصبة النفسية، وكذلك مرضى الذهانات العقلية. ولقد نجح أحد العلماء في خفض معاناة مريض ما كان يعاني من حالة فقدان الشهية العصبي Anorexia nervosa وهي حالة عبارة عن رفض تناول الطعام مع الاكتئاب نجح هذا العالم في جعل هذه المريضة تتناول الطعام وتستعيد وزنها الطبيعي وذلك بالتحكم في الأشياء التي كانت تجدها هذه المريضة مؤدية إلى الإشباع والمكافآت في بيئة[٦] المستشفى.

وذلك على النحو الآتي:

فلقد وضعت هذه السيدة المريضة في غرفة أنيقة من غرف المستشفى العقلي، كانت الصور تزين الحوائط، وكان هناك الورد والزهور الدائمة، وكانت الغرفة تطل على منظر جميل من خلال نوافذها. وكان هناك مدخل لزوار هذه المريضة، وكان هناك مذياع وكتب وسجلات وتسجيل وجهاز تلفاز ومجلات، على الرغم من أن هذه السيدة كانت تجد صعوبة في القراءة بسبب عجزها في ذلك. وكان يسمح للناس بالدخول إلى غرفتها والقراءة لها. وكشفت المناقشة معها أنها كانت تستمتع بهذه الأنشطة، وكانت تستمتع بوجود أناس يزورنها. كانت هذه الأنشطة الإيجابية تمثل تعزيزاً إيجابياً لسلوك هذه السيدة. هذه المزايا كانت تمنع منها أو تحرم حيث كانت

---

(٦) Op. cit., P. 585.

تنقل من هذه الغرفة الأنيقة إلى عنبر المرضى حيث لم تستمتع إلا بسرير واحد وكرسي واحد وعندما كانت تأكل كانت تثاب كأن تعطي جهازاً للمذياع أو التلفاز. وإذا لم تلمس الطعام كانت تترك دون طعام حتى موعد الوجبه الأخرى. وكلما زادت كمية الطعام زادت كمية التعزيز حتى كانت تطالب بأن تأكل وجباتها، وكانت الأطعمة تزداد تدريجياً في سعراتها الحرارية. وكانت تقدم لها الأطعمة التي ترغب فيها من بين عدد من البدائل. دخلت هذه السيدة المستشفى للعلاج ووزنها ٤٧ رطلاً فقط وتم الإفراج عنها بعد شهرين من المعالجة وقد اكتسبت ١٧ رطلاً في وزنها حصلت عليها خلال فترة العلاج. ودلت متابعة هذه السيدة بعد ذلك أن ما حدث لها من تحسن ظل لمدة عام كامل ونصف العام عندما وصل وزنها إلى ٨٥ رطلاً، ثم انخرطت في أنشطة اجتماعية ومهنية ناجحة[٧].

---

(٧) Ibid.

المبادىء الرئيسية في منهج العلاج السلوكي

مقدمــة

في هذا المقال المتواضع أستعرض مع القارىء الكريم لأهم مبادىء منهج العلاج السلوكي للوقوف على أهدافه وغاياته، والتعرف على أساليبه وتقنياته ويستمد هذا الموضوع أهميته من الأهمية المتزايدة لقضية العلاج النفسي في الوطن العربي كله. حماية للمواطن من خطر الأمراض العقلية والنفسية والسيكوسوماتية والاضطرابات السلوكية.

أهداف العلاج النفسي:

يستهـدف العـلاج النفسـي، علـى مختلـف منـاهجه وأسـاليبـه، إعــادة الفـرد وتخليصه مما يعاني منه من الأمراض النفسية والعقلية والسيكوسوماتية والانحرافات الأخلاقية كالنزعات السيكوسوماتية وغيرها من مظاهر الشذوذ والجنوح والانحراف عن جادة الصواب وعن قيم المجتمع ومثله ومعايره. العلاج النفسي يستهدف تحقيق سعادة الفرد وشعوره بالرضا عن ذاته وعن المجتمع الذي يعيش فيه مع تنمية قدراته واستعداداته ومواهبه وخبراته ومختلف سماته وخصائصه الإيجابية بحيث يؤدي دوره الفاعل في المجتمع الذي يعيش فيه، وبحيث لا يظل عالة على المجتمع الذي يعيش فيه[١].

---

(١) عبد الرحمن العيسوي، العلاج النفسي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٩٦.

وهناك مناهج متعددة للعلاج النفسي يزخر بها التراث السيكولوجي الحديث من ذلك العلاج عن طريق التحليل النفسي وعن طريق العمل والفن والتمثيل والعلاج بالماء وبالموسيقى وباستخدام صدمات الأنسولين وبالصدمات الكهربائية.. وهناك العلاج الجشطالتي والعلاج باستخدام الكتب والعلاج بالعقاقير والعلاج بالجرحات... وغير ذلك كالعلاج الفردي والجماعي والعلاج المتمركز حول المعالج والمتمركز حول المريض والسيكودراما أو العلاج عن طريق التمثيل ولعب الدور. وفي هذا الصدد يتناول المقال استعراض معالم العلاج السلوكي[1]؟

الأسباب التي أدت إلى ظهور منهج العلاج السلوكي:

لقد ظهر حركة العلاج السلوكي كرد فعل مناهض ومعارض لمنهج العلاج بالتحليل النفسي الذي ابتكره عالم النفس النمساوي سيجموند فرويد[1]، ذلك لأن منهج العلاج النفسي التحليلي منهج طويل الأمد باهظ التكاليف إضافة إلى ذلك فإنه يغزو شخصيـة المريض ويتدخل في كيانها وتركيبها لتعديلها، ويقتحم أسرارها ومكنوناتها ويجافي هذا المبادىء الإخلاقية وما ينبغي أن يتوفر للمريض من الإستقلالية والذاتية ومن الحفاظ على كيانه الشخصي[2]. إضافة إلى ذلك، فإن العلاج بالتحليل النفسي ينطوي على بعض الأفكار الفلسفية أو الفرضيات الغيبية من ذلك فكرة الأنا وفكرة اللاشعور والليبيدو وعقدتي أوديب والكترا وفكرة النرجسية ـ لذلك ظهرت الحاجة إلى منهج آخر لعلاج المشكلات النفسية مع تحاشي هذه السلبيات ولذلك ظهر منهج العلاج السلوكي وتبلور على يد عدد من علماء النفس من بينهم جوزيف ·وولب ولازاريوس وإن كانت جذور هذا المنهج ترتد إلى الأعمال العلمية والتجارب التي أجراها علماء السلوكية على الحيوان وفي مجال تفسير عملية

---

(١) سيجمند فرويد عالم النفس النمسوي مؤسس مدرسة التحليل النفسي ومنهج التحليل النفسي في العلاج (١٨٥٦ ـ ١٩٣٩).

(٢) يحدد قانون مزاولة العلاج النفسي عدة مبادىء أخلاقية تحكم العلاقة بين المريض والمعالج منها عدم الإفصاح عن أسرار المريض التي يبوح فيها في جلسات العلاج.

التعلم من أمثال جون واطسون وسكينر وباندورا وكلارك هل وأدواردلي ثورنديك وايفان بتروفيتش بافلوف وغيرهم[٣].

والواقع أن للسلوكية نظرتها الخاصة في نشأة الأمراض النفسية، تلك النظرة التي تختلف عن عقيدة التحليليين في هذا الصدد.

مفهوم نشأة الأمراض النفسية في الفكر السلوكي:

لقد كانت (السلوكية) ترى أن أعراض الأمراض النفسية كالخوف والقلق، ما هي إلا عادات سلوكية متعلمة أي مكتسبة من تفاعل الإنسان واحتكاكه بعناصر البيئة المحيطة به بمعنى أنها عادات متعلمة عن طريق التعلم الشرطي أو التشريط، وإن كان بالطبع تعلماً خاطئاً ـ فالطفل الصغير يخاف من الظلام لأنه تعلم ذلك من خلال عملية التنشئة الاجتماعية والنفسية الخاطئة ـ الأمر الذي مفاده أن الأمراض النفسية مكتسبة وليست وراثية. كما أنها لا ترجع إلى عوامل مجهولة كالصراع بين عناصر الإنا (الإنا الدنيا والوسطى والعليا) أو الكبت وما إلى ذلك من المفاهيم التحليلية، وإذا كانت الأمراض النفسية مكتسبة بالتعلم، فإنه يمكن بذلك إزالتها عن طريق محو التعلم أو إزالة التعلم أو إعادة التعلم أو ما يعرف اصطلاحاً بإسم التشريط المضاد وغير ذلك من عمليات تعديل السلوك.

المبادىء التي يعتمد عليها العلاج السلوكي:

لقد استعار منهج العلاج السلوكي كثيراً من مبادىء السلوكية وعلى وجه الخصوص من مبادىء التعلم الشرطي، واستخدمها في علاج الحالات النفسية المرضية، وهنا يمكن أن نتساءل ما هي هذه المبادىء؟

---

(٣) للمزيد من المعلومات عن هذه الشخصيات ونظرياتها طالع مشكوراً مؤلفات عبد الرحمن العيسوي باثولوجيا النفس وعلم النفس الطبي والإرشاد النفسي والعلاج النفسي وعلم النفس الفسيولوجي والمرجع في علم النفس الحديث.

من أهم هذه المبادىء، مبدأ التعزيز، بشقيه الإيجابي والسلبي، بمعنى توفير المكافآة والجزاء الطيب وتحقيق السعادة والرضا والإشباع على الاستجابات المرغوب فيها أي الإيجابية وذلك ضماناً لميل الكائن العضوي إلى تكرارها وترسيخها في خبرته أي تعلمها. وعلى العكس من ذلك استخدام مبدأ التعزيز السلبي ومؤداه فرض العقاب أو الشعور بالألم والأذى والحرمان كلما أتى الكائن العضوي بالسلوك غير المرغوب فيه كالنشاط الجنسي الشاذ أو تعاطي الخمور والمخدرات أو الخوف الشاذ واللامعقول من الظلام أو المياه الجارية. . . . إلخ.

ويكفل هذا العقاب، حالة اقترانه أو ارتباطه بالسلوك السيء، عدم تكرار حدوث هذا السلوك أي انطفائه وكفه عن الظهور في المستقبل ومن ثم شفاء المريض وتخليصه من العادات المزعجة والشاذة. ويحدثنا التراث السيكولوجي في هذا الصدد عن قصة الكلب الذي اعتاد أن يعتدي على دجاج الجيران، فما كان من صاحب الدجاج إلا أن ربط في عنق الكلب دجاجة ميتة ومتعفنة. وتفوح منها الوائح الكريهة التي اضطر الكلب إلى استنشاقها لفترة من الزمن، حتى تكون لديه ارتباط شرطي جديد، مؤداه النفور والكراهية والتقزز والإشمئزاز كلما راى الدجاج. وبذلك كف عن عادة مهاجمته. والحقيقة إن علماء السلوكية استلهموا فكرة العلاج السلوكي من تجاربهم على الحيوان، فلقد لاحظوا أن الحيوان عندما كان يوضع في موقف محير يعجز فيه عن التمييز بين المثير المثاب المدعم والمثير غير المثاب حين كانت هذه المثيرات تتشابه إلى درجة كبيرة، فكان الحيوان يصاب بما يعرف بإسم «العصاب التجريبي» أي المرض النفسي الوظيفي الناتج عن ظروف التجربة وقيودها. هذا من ناحية، ومن ناحية أخرى لاحظ علماء السلوكية شعور حيواناتهم بالسعادة والارتياح كلما قدموا إليها الطعام. ولقد بلغ من تفاؤل جون واطسون[1] مؤسس المدرسة

---

(١) جون واطسون (١٨٧٨ ـ ١٩٥٨) قال بإمكانية تجزئة السلوك إلى وحدات بسيطة هي المثير والاستجابة والأفعال المنعكسة واعتمد على الملاحظة ورفض منهج الاستبطان ومن مؤلفاته السلوك مقدمة لعلم النفس المقارن وعلم النفس وجهة نظر سلوكي والسلوكية.

السلوكية إن قال، معبراً عن قدرته على تكوين الشخصية بفعل العوامل السلوكية حيث قال: «اعطني عشرة من الأطفال الأسوياء وأنا كفيل أن أصنع منهم العالم والمفكر والفيلسوف والأديب والحرامي».

وفي هذا الإطار، نجح واطسون في تعلم الطفل (البرت) الخوف من اللعبة البيضاء التي كانت مفضلة ومحببه لديه قبل أن يقرنها ويربطها واطسون بصوت مزعج كان ينطلق عند إمساك الطفل بهذه اللعبة وفي إطار العلاج السلوكي حدد السلوكيون ما يعرف بإسم (مضادات القلق) بمعنى المؤثرات والعوامل والعمليات التي تزيل حالة القلق والتي يستحيل أن تتوفر ويتوفر معها في نفس الوقت القلق. من هذه المضادات الاسترخاء التام والعام والمطلق، وتوكيد الذات وتحقيقها والثقة فيها إذ يستحيل أن يكون الإنسان قلقاً ومسترخياً معاً، كما يستحيل أن يكون مؤكداً لذاته وقلقاً أيضاً. من هذه المضادات أيضاً تقديم الأطعمة الشهية والحلوى والفاكهة والمناظر الخلوية الجميلة.

والحقيقة أن منهج العلاج السلوكي قد أثبتت فاعليته في علاج بعض الاضطرابات وعلى وجه الخصوص علاج الفوبيات أي المخاوف الشاذة واللامعقولة وعلاج القلق أو (الحصر) واللوازم القهرية وصرير الأسنان والتبول اللاإرادي والشذوذ الجنسي وإدمان الخمور والمخدرات والذهانات العقلية أي الأمراض العقلية والتدخين. فلقد نجح في علاج الخوف من حركة المرور والخوف من التلوث كما نجح في علاج حالات فقدان الثقة بالنفس أو الذات.

ومن الأنصاف والحياد أن نؤكد إن هذا المنهج ينجح فقط في إزالة الأعراض دون إزالة الأسباب العميقة التي تكمن وراء هذه الأعراض. الأمر الذي قد يؤدي بالأعراض إلى الانتقال والإزاحة من شكل إلى آخر. كذلك من الانتقادات التي توجه إلى هذا المنهج إنه لا يؤدي إلى استبصار المريض بحالته ووعيه بها إذا قد تزول الأعراض بصورة آلية وميكانيكية وعلى الرغم من أن أنصار هذا المنهج ينكرون الإيحاء إلا أنهم في واقع الحال يحتاجون إليه حين يوصى المعالج للمريض بأن جسمه وعقله وعضلاته قد احتواها جميعاً الاسترخاء، بل إن صوت المعالج حين يوجه تعليماته إلى المريض يكون بنغمة تساعد على الاسترخاء عن طريق الإيحاء.. ومن الإنصاف أن

نقول إن هذا المنهج لا يغزو شخصية المريض كلها ولا يؤثر فيها، وإنما يسعى فقط لتحريره من الأعراض المزعجة والعادات السيئة السلبية. يضاف إلى ذلك إنه قليل التكلفة ولا يستغرق كثيراً من الوقت، ولا يحتاج المعالج إلى مزيد من التدريب لممارسته. ولذلك يلزم أن يتم تدريب دارسي علم النفس على ممارسته واتقان مهاراته وفنونه بحيث يقدم علم النفس خدماته للإعداد المتزايدة من أبناء المجتمع الذين يحتاجون إليها.



الفصل التاسع

طبيعة العلاج السلوكي

* مفهومه.
* العلاج بالأنسولين.
* العلاج عن طريق الكف المتبادل.
* الأساليب العلاجية.
  - تكوين مثيرات الحصر الهرمية.
  - طرق الاسترخاء.
  - طرق علاج الحصر (القلق) بالعلاج السلوكي.
  - العلاج بالتوكيد.
* علاج القلق (الحصر) بالصدمات الكهربائية.
* العلاج عن طريق الممارسة السلبية.
* علاج التبول اللاإرادي بالاشتراط الإيجابي.
* العلاج بالإشمئزاز أو النفور.
* علاج بعض مظاهر السلوك الشاذ بتغيير التغذية الرجعية.
* استخدام الاشتراط الإجرائي في العلاج.

طبيعة العلاج السلوكي

مفهومه:

يعتمد على نظرية التعلم الشرطي، والتي تعتبر الأمراض النفسية ما هي إلا عادات سلبية متعلمة، أي أنها أفعال شرطية منعكسة، ويسعى العلاج إلى إطفاء أو كف هذه الأفعال الشرطية، وتكوين فعل منعكس شرطي بديل وإيجابي. ومنه الكف المتبادلة reciprocal inhibition ويعتمد على إعطاء المريض المثير الأصلي، الذي كان يسبب له القلق، وهو في حالة استرخاء عام، بحيث يظهر المثير ولا تظهر أعراض القلق.

ويبدأ العلاج بإعطاء المريض المثير بدرجات بسيطة، ثم تأخذ في الزيادة التدريجية حتى يصل إلى حجمه الطبيعي.

ولكن استرخاء المريض يحتاج إلى تمرينات يجب أن يتعلمها المريض أولاً وهو نائم، وهو جالس، ثم وهو واقف، بحيث تشمل كل أعضاء جسمه وعضلاته وذهنه، وعملية التنفس. وإذا تعذر تدريب المريض على الاسترخاء يمكن إعطائه بعض العقاقير المهدئة قبل عرض المثير عليه. ويستخدم هذا النوع من العلاج في علاج الفوبيا كالخوف من الأماكن العالية والواسعة، والضيقة، والخوف من الحشرات، والجراثيم، والنار، والدم، والماء، والزحام والأشياء الحادة.

ومن هذا النوع من العلاج أيضاً العلاج عن طريق الكف الشرطي ومؤداه تحويل الاستجابة اللاشعورية إلى استجابة شعورية، وذلك عن طريق تكليف المريض بتكرار الاستجابة مرات كثيرة حتى تخرج من حين اللاشعور واللاسيطرة إلى حين شعور

المريض وسيطرته، فيتحكم فيها. ويفيد هذا النوع من العلاج، بنوع خاص، في علاج مص الأصابع، والتعثم، وقضم الأظافر، والعادة السرية واللوازم اللاإرادية tics، وهي عبارة عن حركات عضلية منظمة يزداد ظهورها في المواقف الحرجة، من ذلك اهتزاز عضلات الوجه، أو حركة الرقبة، أو الرأس، أو حركة اليدين، أو اللعب بالشارب أو ضبط رابطة العنق، أو تسليك الحلق أو ارتعاش جفن العين. ويطلب من المريض أداء هذه العادة بصورة إرادية واعية حتى يتحكم فيها.

من أساليب العلاج السلوكي أيضاً العلاج بالكراهية أو النفور Aversion therapy. ويصلح هذا العلاج في حالات إدمان الخمور والشذوذ الجنسي، ويقوم على أساس تكوين ارتباط شرطي جديد بالمثير، بحيث يسبب للمريض الشعور بالألم، بدلاً من الشعور باللذة. فمدمن الخمر يحتسيه لأنه في نظره يجلب إليه اللذة والسرور، وهنا يمكن إعطاء المريض عقاراً أو حقنة تسبب شعوره بالقيىء والغثيان والمغص وضيق الصدر، وبعد حوالي نصف ساعة نعطيه الخمر، وهنا يشعر في أثناء الشرب بالأعراض المؤلمة، وبتكرار هذه العملية يتكون فعل منعكس شرطي يمثل الارتباط بين الخمر والمشاعر غير السارة، ويصبح الخمر بمفرده، أو حتى مجرد رؤيته قادراً على أن يسبب للمريض الشعور بالقيىء. ويمكن وضع أقراص في الخمر تسبب مثل هذه الأعراض. ومن هذه العقاقير المنفرة بالأنتابايوز والتنبوسين. وبالنسبة للشذوذ الجنسي تعرض على المريض صور جنسية مثلية ثم يتعرض لصدمة كهربائية على الرأس أو نعطيه عقاراً من هذا النوع.

من أساليب العلاج السلوكي أيضاً الاشتراط الإيجابي positive conditioning ويمكن استخدامه لعلاج التبول اللاإرادي عند الأطفال. ويرجع التبول اللاإرادي من وجهة نظر السلوكية إلى أن الطفل لم يكن الفعل المنعكس الشرطي، وذلك بأن يؤدي امتلاء المثانة إلى تنبيه لحاء المخ، فيستيقظ الطفل ليقضي حاجته، ويصبح العلاج بتكوين الفعل المنعكس الشرطي، وذلك عن طريق وضع الطفل على وسادة خاصة تتصل بسلك متصل بجرس يرن عند التبول فيستيقظ الطفل، وبتكرار هذه العملية يرتبط امتلاء المثانة بالإستيقاظ بدلاً من رنين الجرس.

العلاج بالأنسولين

يتألف هذا العلاج من إعطاء المريض كميات من الأنسولين حتى يصير في غيبوبة ثم يعود إلى وعيه عن طريق حقنه بالجلوكوز، ولكن له مضاعفات جانبية خطيرة، منها تلف خلايا المخ ونقص في كمية السكر والإصابة بالتشنج. ولذلك أصبح لا يستخدم إلا نادراً. وتفيد الكميات القليلة منه لفتح الشهية وزيادة الوزن، وتخفيف حدة القلق. والتفسير الفسيولوجي هو أن تعطيل خلايا المخ عن عملها لفترة ما ثم إعادة عملها مرة أخرى ربما يجعلها تكف عن الأفعال المرضية، وتعود إلى حالتها الطبيعية السابقة، وبذلك تبدأ خلايا المخ في النشاط السوي، لأن نقص السكر يوقف خلايا لحاء المخ عن النشاط[١].

هذا النمط من العلاج عبارة عن تطبيق لنظريات الانعكاس الشرطي على عملية العلاج. ويدعو لهذا النوع من العلاج سالتير Salter حيث يمكن علاج الشخص العصابي عن طريق إعادة تكوين المنعكسات الشرطية التي سبق له أن كونها. ويرى إن العصاب النفسي إنما تكون نتيجة لمرور الشخص بخبرات كف لانفعالاته، ولذلك يحتاج المريض إلى تكوين انعكاسات جديدة. ويعطي سالتير تعليماته لمرضاه بأن يعملوا دون أن يفكروا تبعاً لمشاعرهم، والشخص السليم هو الذي يعمل تبعاً لمشاعره التلقائية دون تحفظ. فالشخص السليم يعمل دون تفكير أما المريض فيفكر دون أن يعمل.

ووضع سالتير ستة أساليب لإعادة تكوين الشرطيات الخاطئة الكفية. وأول هذه الأساليب الكلام، بحيث يتكلم المريض عما يشعر حين يشعر، فيعيد تكوين الارتباطات الشرطية، وإن كان ذلك على حساب عدم الاستحسان الاجتماعي لما يقوله. أما الأسلوب الثاني لإزالة الكف فهو الكلام بالوجه أي التعبير عن طريق تعبيرات الوجه عن انفعالات المريض سواء كانت انفعالات إيجابية أو سلبية. والأسلوب الثالث يتلخص في تدريب المريض على أن يعبر عن عدم موافقته الصرحية ولا يتظاهر بالموافقة حين يكون رافضاً للموافقة، وذلك حتى يجسد مشاعره في

---

(١) د. أحمد عكاشة، الطب النفسي المعاصر، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة ١٩٦٩.

الخارج. ويشجع سالتير مرضاه على قول كلمة «أنا» عن عمد وبل توكيد لأن ذلك يساعد على إبراز المشاعر. والأسلوب الخامس يتلخص في موافقة العميل على ما يلقاه من مديح من الآخرين، فإذا قال له أحدهم «إنك كنت بالأمس رائعاً في المحاضرة» التي ألقيتها في النادي أمس «قال العميل» نعم إنني أعتقد أنني كنت في القمة في تلك الليلة». أما الأسلوب السادس فهو الإرتجال في السلوك، بحيث لا يخطط المريض تخطيطاً مسبقاً بل يعيش لحظة بلحظة تحت شعار «هنا والآن» لأن التخطيط في نظره يؤدي إلى الكف. على المريض أن يوقف التفكير في المستقبل، وأن يعيش الآن، يعيش لحظة بلحظة ويوم بيوم. إن الناس الذين يعانون من الكف يجب أن يتعلموا التصرف وكأنهم نصف مخمورين. فإذا تخلصوا من الكف وخضعوا للإثارة أمكن بعد ذلك بسهولة ضبط سلوكهم. ومساعدة المعالج للعميل تتلخص في إزالة انعكاسات الكف الانفعالية، وتنمية انعكاسات الإثارة بحيث يمكن إعادة تربية الفرد وعودته إلى التلقائية التي حرمته منها ظروف الكف التي تعرض لها منذ طفولته.

وينتقد هذا المنهج بالقول إنه مبالغة في التبسيط، وأن إدعاءاته عن الشفاء مبالغ فيها، ولذلك لم يكن لسالتير أتباع حتى من أنصار المدرسة السلوكية.

العلاج عن طريق الكف المتبادل:

Psychotherapy by Reciprocal Inhibition

ابتكر هذا الأسلوب من العلاج جوزيف وولب Wolpe، وهو عبارة عن تطبيق لنظريات التعلم في الموقف العلاجي. وهو أكثر دقة من المنهج السابق. ولقد استوحى وولب فكرته هذه من ملاحظاته أثناء التجارب التي كانت تجري على الحيوانات في عملية التعلم. فقد لاحظ أن القلق يزول إذا تم تقديم الطعام، وهي خبرة سارة في أثناء وجود المنبه الذي سبب قلق الحيوان. واستنتج أنه يمكن التغلب على عادة ما بتكوين عادة مضادة. وصمم وولب كثيراً من التجارب على الإنسان قائمة على نفس الأسس التي صممت عليها تجارب الحيوان. وكان المبدأ الذي قال به[1] هو

---

(١) Harper, R.A., Ibid.

أنه إذا أمكن تكوين استجابة معارضة للقلق في حضور المنبهات التي تسبب القلق فإن الرابطة بين المنبهات واستجابات القلق تضعف.

ولم يستخدم استجابات تقديم الطعام مع بني الإنسان، وإنما وجد استجابات أفضل منها، ومن ذلك استجابات التوكيد، واستجابات الاسترخاء، والاستجابات الجنسية، واستجابات التنفس، والحركة الشرطية، واستجابات تخفيف القلق، واستجابات التجنب الشرطية، إذا كان يعمل على حضور هذه الاستجابات تحت ظروف مرتبة ترتيباً يؤدي إلى كف ظهور القلق العصابي عن طريق ظهور الاستجابة المضادة.

فعن طريق الاسترخاء مثلاً يمكن كف استجابة القلق، وذلك بأن يعطى المريض تدريباً في الاسترخاء، ثم يضع وولب قائمة المنبهات التي تسبب قلق المريض وترتب هذه القائمة حسب مقدار القلق الذي يحدثه كل منبه، ثم يتم تنويم المريض ويطلب منه أن يسترخي إلى أقصى درجة ممكنة، ثم يطلب منه أن يتصور أضعف منبه في قائمة منبهات الخوف المرضي فإذا لم يتأثر الاسترخاء يقوم بتقديم منبه آخر أشد درجة منه في الجلسة التالية. وهكذا يستمر في تقديم مثيرات الخوف تدريجياً حتى يصل إلى أشدها قوة وتأثيراً دون أن يحدث شيء لحالة الاسترخاء عند المريض.

وفي خارج الموقف العلاجي يصبح المريض قادراً على مجابهة منبه الخوف الأصلي دون أن يثار عنده الخوف.

ويزعم وولب أن طريقته هذه تؤدي إلى نسبة نجاح تصل إلى ٩٠٪ من مجموع مرضاه، وهي نسبة عالية إذا ما قورنت بنسبة ٥٠ ـ ٦٠٪ في المناهج الأخرى.

وقد يحدث مثل هذا الكف نتيجة مقابلة المريض لمعالجة فقط حيث ينتج عن المقابلة، شعور بالرضا يفوق شعور المريض بالقلق، ولذلك يحل الشعور بالرضا محل الشعور بالقلق. أما إذا كانت المقابلة تثير القلق أكثر من الرضا فإن حالة المريض قد تصبح أكثر سوءاً. ويعتقد وولب أن منهجه هذا قد يحدث عفواً، ويتم الكف بطريقة تلقائية، كما أنه يتضمن في المناهج العلاجية الأخرى حيث يتم الكف من خلال العمليات العلاجية الأخرى.

منذ بحوث بالفلوف[٥] على الاشتراط على الكلاب، وعمل واطسون على «البرت الصغير» منذ أكثر من ٥٠ عاماً، اعتقد كثير من علماء النفس أن السلوك الشاذ ينتج من التعلم الخاطىء faulty leaning. أكثر من كونه نتيجة لصراعات عميقة متأصلة كما كان يعتقد فرويد، ولذلك فالهجوم المباشر على الأعراض في نظرهم له ما يبرره.

إن هذا الانفصال عن الطرق التقليدية في العلاج قاد إلى نوع جديد ونشط من العلاج هو العلاج السلوكي behaviour therapy.

ولا يؤدي هذا المنهج إلى تغيير فكرتنا عن العلاج وحسب وإنما فكرتنا عن السلوك الإنساني ككل.

ولقد أصبح العلاج السلوكي يستخدم بتوسع في الولايات المتحدة الأمريكية وفي المملكة المتحدة البريطانية، لعلاج كثير من الاضطرابات الكحولية، والجنسية المثلية، والفيتشية، والمخاوف الشاذة وغيرها من الاضطرابات النفسية ويعد هذا المنهج مناهضاً للعلاج النفسي التقليدي الذي يستغرق كثيراً من الوقت ويتكلف الكثير من الأموال.

ومن الملاحظات العامة إن معظم الآباء يستخدمون الثواب والعقاب أو التهديد بهما لتعديل سلوك أبنائهما. وعلماء النفس منذ أكثر من نصف قرن يجرون التجارب لمعرفة أثر الثواب والعقاب reward and punishment والاشتراط وأخيراً تبين لهؤلاء أن تأثير هذه العوامل أي الثواب والعقاب والاشتراط يمكن أن يمتد ليكون الأعراض المرضية symptoms وتلا ذلك محاولات جادة لمعرفة ما إذا كان من الممكن استخدام عمليات متصلة بذلك في إزالة هذه الأعراض removal of symptoms. ولقد نجح فعلاً هذا العلاج في شفاء بعض حالات الفوبيات phobias والإدمان addictions[٦].

---

(٥) هو إيفان بروفيتش بافلوف من ١٨٤٩ ـ ١٩٣٦ عالم فسيولوجيا روسي الذي اكتشف منهج الانعكاس الشرطي في التعلم وكان يبحث في مشكلة الهضم عند الكلاب والغدد الهضمية الذي نال جائزة نوبل ١٩٠٤.

(٦) Beech, H.A. Changing man's behaviour.

الأساليب العلاجية

تستخدم أساليب متعددة في العلاج السلوكي، من ذلك تكوين «أهرامات حصرية» anxiety hierarchy وكل هذه الطرق تستند إلى بعض التجارب والنظريات في التعلم. وتصلح كل طريقة لنوع معين من أنواع الاضطراب، فالعلاج الإشمئزازي يستخدم لعلاج المرضى الذين يجدون إشباعهم gratification من موضوعات شاذة كالكحول، وفي انحراف التشبه بالجنس الآخر transvestism أسلوب الكف المتبادل reciprocal inhibition والمعروف بإسم سلب الحساسية المنظم systematic desensitization يستخدم لعلاج الحصر أو الأمراض العصابية.

وهناك نوعان رئيسيان من سلب الحساسية المنظم، نوع يعتمد على (أ) مواقف الحياة الحقيقية، ونوع آخر يعتمد على (ب) الخيال أو على المواقف الخيالية. في النوع الأول تخطط تمارين المريض وتنظم حول خبرات حقيقية واقعية في العالم الخارجي، فمثلاً الخوف من المصاعد تتم معالجته بخبرة المريض الحقيقية، والخوف من الازدحام يتم بتعريض المريض لمواقف مزدحمة. أما سلب الحساسية الخيالي فيعتمد على خلق صور خيالية في ذهن المريض، هي المواقف التي يخاف المريض التعامل معها. ولكل من الأسلوبين مزاياه الخاصة، ففي الطريقة الخيالية نستطيع أن نتحكم وأن نختار بحرية المواقف المثيرة للحصر، كذلك يمكن خلق أي موقف أو حذفه إذا كان المريض لديه قليلاً من الخيال. ومن عيوبها أن المريض قد يعجز عن إنتاج الصورة الخيالية الحصرية أو قد ينتجها بصورة ضعيفة لا تؤدي إلى شعوره بالحصر.

وسواء استخدمنا مواقف خيالية أو حقيقية فإنه ينبغي علينا أن ندرج أو نسلسل المواقف التي تسبب أولاً قليلاً من الحصر حتى نصل إلى تلك المواقف التي تسبب أقصى درجة من الحصر. ومنهج الخطوة هذا هو الذي يحتاج إلى التخطيط الدقيق والذكي لأن الفشل في هذا التخطيط يقود إلى مزيد من القلق والحصر أو يتوقف المريض عن التقدم نهائياً. ووضع الخطة اللازمة لهرمية المثيرات قد يكون سهلاً كما هو الحال في علاج فوبيا العناكب، وقد يكون صعباً في حالات أخرى كعلاج تصلب الكتابة أو التلعثم. ويتوقف نجاح العلاج على مدى تعاون المريض وقدرته على

الاتصال، ونقل أفكاره ومشاعره، وقدرته على الوصف وبدون هذا لا يمكن اكتشاف طبيعة مشكلاته.

وفي الغالب ما تجمع المعلومات من تاريخ حياة المريض ومن استجاباته على بعض الاختبارات النفسية، واستجاباته للمقابلات المكثفة التي يمر بها معه المعالج وآراء أقاربه وأصدقائه. وقد يساعد تكليف المريض أن يدون في مذكرته اليومية تلك الأحداث الفوبية التي تحصل له. ويساعد هذا في الحصول على المعلومات التي قد ينساها أو يحذفها المريض. حالة سيدة شابة كانت تنزعج من صدور روائح كريهة منها، وبذلك تشعر بالحرج والضيق كما تجرح غيرها. وعندما كلفها المعالج بكتابة مذكرات يومية، وتم ذلك لفترة من الزمن، تبين أن صدور هذه «الرياح» تحدث فقط وبصوت مسموع عندما يوجد معها أشخاص أغراب والذين تشعر تجاههم بعدم الراحة وعن طريق معرفة هذه الحقائق يمكن تصميم الهرم الحصري الملائم.

والمسألة سهلة نسبياً في علاج فوبيا العناكب spiders وذلك بتوفير العناكب التي تسبب الحصر بدرجات متفاوتة، ثم ترتيب المواقف الحصرية، بحيث نبدأ العلاج بالحد الأدنى من الحصر أو بأقل درجة من الحصر، كأن نبدأ بعرض عنكب صغير وميت، وبعدها عرض عنكب فاتح اللون على بعد عشرة أقدام وتستمر سلسلة التمرينات حتى يقترب العنكب رويداً رويداً من المريض، وقد نشكل في تلك «المعروضات» من حيث الشكل والحجم والحياة والموت، ونستمر هكذا خطوة خطوة حتى نصل إلى المثير الذي يسبب أقصى درجة من الحصر كأن نعرض عنكباً كبيراً وحياً ونشطاً وأسود، وذا شعر، نعرضه على مقربة جداً من المريض، ولكن المسألة ليست دائماً بهذه البساطة، فالغالب أن يحمل المريض معه مجموعة من المشاكل، وليس مشكلة واحدة، فالعصابي لديه مجموعة مختلفة من مصادر أو منابع الحصر. وهنا نتساءل هل نجاح العلاج السلوكي في علاج العادات السيئة في الأسوياء من الناس يعني نجاحها في علاج الأنماط المعقدة من الأعراض العصابية في المرضى؟ وهناك حالة عالجها وولب لسيدة في سن ٣٤ سنة كانت تشعر بالاختناق، وكان لديها حافز ضاغط لكي تهرب في أثناء محادثاتها مع الناس الآخرين.

أخذت هذه الأعراض على شكلها الظاهري، ووضع لها التكوين الهرمي بحيث

يحملق فيها الناس، وكان ينظر للحصر على أنه وظيفة للحملقة في وجهها، وعندما اقترب الشخص المحملق منها شعرت بحصر عميق وشديد. وتوقف التقدم في الشفاء، ولم تحل مشكلتها إلا صدفة عندما سألت وهي قلقة المعالج عما إذا كان يوجد أي شيء يستطيع أن تفعله للتخلص من الألم فأخبرها بتعاطي قليل من الخمر، ولكنه علم بعد ذلك أن زوجها كان يحرم عليها شرب الخمر. وأدت المناقشة أن زوجها متسلط عليها إلى درجة كبيرة وعلى نشاطها. وهنا بدت فوبيا الأماكن الضيقة claustrophobia إنها تتصل بظروفها الزوجية.

وهنا لا بد أن يبتعد وولب عن فكرة الاشتراط المجردة ويقترب من الإجراءات التحليلية وقد يختلف موضوع فوبيا الأماكن الضيقة. فقد يتركز عند مريض معين على الخوف من الوجود في وسط إزدحام مباراة كرة قدم أو الخوف من الوجود في محل تجاري مزدحم، أو من الجلوس في وسط كنيسة مملوءة، وما أشبه ذلك بينما يعاني مريض آخر من القلق حول الأمراض فيخاف من المستشفيات والعيادات ومن روائح معينة، أو يخاف من الإغماء أو من تعاطي الحقن وما أشبه ذلك، وقد تكون حالة فوبي آخر من الخلاء agoraphobic فيشعر بالقلق إذا ترك وحده، أو إذا ذهب لرحلة بمفرده وغير ذلك من الظروف المتشابهة وعلى ذلك فلا بد من وصف العناصر الجزئية التي يتكون منها الحصر.

والخطوة التالية في العلاج وهي تكوين الخطوات المنفصلة أو المراحل المنفصلة التي تكون الهرم المناسب لعناصر الخوف السابق التعرف عليها وينبغي أن تكون هذه الخطوات ملائمة للتكوين الكلي للمخاوف، وينبغي اختيار هذه السلسلة الهرمية من المثيرات الحصرية بكل دقة لأن هناك مواقف لا تثير القلق، وهناك مواقف تخلق نوعاً آخر من القلق، وبذلك تضيف إلى تعقيدات حالة المريض. كذلك ينبغي أن يراعى عدم إتساع الهوة بين موقف وآخر حتى تحافظ على المبدأ الهام في التدرج، فالانتقال الفجائي من موقف يثير قليلاً من الحصر إلى موقف يثير كثيراً من الحصر يزيد من الارتباط بين الحصر ومثيراته المرضية المعتلة.

كذلك فإن الخطوات لا ينبغي أن تكون قصيرة أو صغيرة جداً حتى لا يفقد كثيراً من الوقت. والوضع المثالي أن تتضمن المثيرات حصراً أقل مما يسببه المضادات

المستخدمة ضد استجابة الحصر، وهذه المضادات هي الاسترخاء. أو تناول الطعام أو الشراب. كذلك ينبغي أن نفهم أن تقدير أثر مثير لحصر يخضع للحكم السيكولوجي الذي قد لا يتفق مع الوقائع الفيزيقية، فمثلاً رؤية المريض لحية أو أفعى على بعد ٦ أقدام ليس من الضروري أن تسبب ضعف من تسببه رؤيتها من الحصر وهي على بعد ١٢ قدماً، أو أن الحية وهي على بعد ١٢ قدماً تسبب نصف كمية الحصر التي تسببها رؤيتها وهي على بعد ٦ أقدام من المريض، ولكننا نستطيع أن نتغلب على مثل هذه الصعوبة إذا كان لدينا وسائل دقيقة وثابتة لقياس الحصر. ولكن ينبغي ألا تقلقنا هذه التفاصيل الفنية البسيطة، التي لا تقف حائلاً دون استخدام العلاج السلوكي استخداماً ناجحاً.

تكوين مثيرات الحصر الهرمية

ومع ذلك فإن وولب يقترح بعض الوسائل لقياس هرم الحصر باستخدام مقياس تقريبي حيث يسأل المريض أن يتخيل أقصى حصر خبره أو شعر به وأن يضع هذه الدرجة من الحصر فوق قمة المقياس، ويعطيه مائة درجة، ثم يطلب منه أن يفكر في حالة مطلقة من الهدوء، وأن يعطي لهذه الحالة صفراً، والمسافة بين هذين الطرفين تستخدم للإشارة إلى درجات كثافة الحصر وشدته، تلك التي ترتبط بمجموعة متباينة من المواقف التي ستستخدم في العلاج، فمثلاً مجرد الخروج إلى شارع مجاور يقدره المريض بأنه يثير فيه ٢٥ وحدة من وحدات الحصر بينما الذهاب إل شارع مزدحم يثير ٩٠ وحدة وهكذا. وبعد أن يتدرب المريض قليلاً على هذه الطريقة يصبح قادراً على تقدير الحصر الذي سيشعر به. وكما يقول وولب ينبغي أن تبعد المثيرات الحصرية عن بعضها البعض بمسافة تتراوح بين ٥ ـ ١٠ وحدات حصرية، وهذه الوحدات يسميها وولب الوحدات الذاتية للاضطراب.

ولكن طريقة وولب هذه في تصميم مقياس متدرج للحصر طريقة بدائية، ولا تتفق مع طرق تصميم المقاييس المعروفة. وعلى سبيل المثال يمكن اقتراح طريقة أخرى باستخدام طريقة المقارنة الزوجية paired comparisons وتتضمن هذه الطريقة طبع عدد من مثيرات الحصر المتصلة بحالة المريض، كل مثير على كارت منفصل ثم

يعطي للمريض زوجين من هذه الكروت لكي يقرر أيهما أكبر إثارة لحصره عن الآخر، وتتكرر هذه العملية بالنسبة لكل الكروت. وتساعدنا هذه الطريقة[1] في الحصول على تقدير أكثر ثباتاً للمثيرات الفردية، ولكنه مجرد ترتيب لها في رتب أو وضعها في رتب rankorder أي وضعها في تسلسل من حيث قوتها في خلق الحصر، ولكننا لا نحصل على تقدير كمي كالذي يحصل عليه وولب. يجب تحقيق توازن في النسبة بين الحصر وبين مضادات الحصر counter, anxiety وذلك لأن مستوى الحصر لا يبقى مستوياً أو ثابتاً، وإنما يميل إلى التغير أو التذبذب، وأن حالة المريض لا تبقى كما هي من يوم لآخر. فقد يظهر المريض القلق في مواقف معينة دون أن يكون ذلك متوقعاً حتى بعد أن يكون قد نجح في التعامل مع هذا الموقف في المرات الماضية.

وطبعاً يمكن حل هذه المشكلة عن طريق العودة إلى مواقف أكثر سهولة من مواقف إثارة القلق، أو عن طريق ضم خطوات متوسطة بين المراحل التي تم وضعها في الهرم أو عن طريق استخدام وسائل أخرى، كالعقاقير التي تخفض من حدة مستوى الحصر ولذلك يجب أن يكون المعالج يقظاً في ملاحظة ظهور أي اختلاف في الحالة الإكلينيكية للمريض.

ولكن المشتغلين بالعلاج السلوكي يستخدمون أحياناً «أهرامات» مختصرة فمثلاً لازاريوس Lazorus عالج حالة خوف لدى صبي في سن الثمانية سنوات بعد أن أصيب في حادث تصادم سيارة وكانت أول خطوة:

١ ـ هي الحديث مع الصبي (جون) عن أنواع مختلفة من السيارات، وفي أثناء هذا الحديث قدمت قطعة من الشيكولاته لجون.

٢ ـ والخطوة الثانية كانت عبارة عن إحداث سلسلة من تصادم السيارات المعمدة باستخدام سيارات لعب وفي نفس الوقت تقدم الحلوى للطفل. وهكذا كررت العملية عدة مرات.

---

(١) لمعرفة طرق تصميم مقاييس الاتجاهات راجع كتاب المؤلف «علم النفس في الحياة المعاصرة» دار المعارف بمصر.

٣ ـ الخطوة الثالثة جلس المعالج مع الطفل في سيارة كبيرة وناقشا الحادثة.

٤ ـ الخطوة الرابعة كانت عبارة عن «ركبة» قصيرة في إحدى السيارات وفي نهاية العلاج أصبح الطفل يستمتع بركوب السيارات لذاته دون تقديم الشيكولاتة.

ولكن واضح أن هذه الخطة قصيرة ومختصرة وغير واضحة فمثلاً لا نعرف ماذا كان مضمون الحديث عن القطارات والأتوبيسات والطائرات.. إلخ وكيف دار هذا الحديث؟ لا يوجد توضيح لهذه التفاصيل.

ولكن وولب يقدم وصفاً أكثر تفصيلاً وشمولاً لهرم يحتوي على ٣٦ نقطة ويشرح الخطوات في فقدان الحساسية الخيالي، واستخدم هذا المنهج لعلاج سيدة تخاف من حركة المرور. ويقدم وولب عدد مرات عرض كل منظر على المريضة أو كل خطوة وغير ذلك من التفاصيل التي تساعد القارىء على تكوين صورة واضحة لما يحدث.

ويقدم والتون Walton وصفاً أكثر دقة في خطوات علاج سيدة في سن ٤٨ سنة كانت تخاف خوفاً شاذاً من فكرة تسيطر عليها أن الأطباء سوف يخطئون في تشخيصها ويعتبرونها «ميتة» ثم تدفن على قيد الحياة. وتضمنت خطوات العلاج تخيل المرأة أنها مغمي عليها، وأن الطبيب يكشف عليها وهكذا حتى مرحلة نقلت فيها إلى مكان عرض الجثث crague ليتعرف ذووها عليها، وتم الكشف عليها هناك بمعرفة الأطباء، ثم الوضع في النعش ثم قطع رأسها Decapiration ويشرح والتون Walton خطواته الهرمية لعلاج خوف وسواسي obsessional fear of contamination of dirt وكان يتضمن التقاط أشياء من فوق الأرض، واحتوى على الخطوات الآتية وهي حالة خوف من التلوث:

١ ـ التقاط قطعة نظيفة من الورق من فوق أرض نظيفة دون لمس الأرض.

٢ ـ كما في (١) ولكن هذه المرة الورقة مجعدة قليلاً (أي موضوع مزعج قليلاً).

٣ ـ كما في (١) ولكن الورقة تحتوي على بقع حبر.

٤ ـ كما في (١) ولكن المريض يلمس الأرضية.

٥ ـ تكرر الخطوة (٤) ولكن الأرضية لم تغسل جيداً وإنما تم مسحها فقط بقماشة جافة.

٦ ـ الخطوة الخامسة تكرر، ولكن دون أن تكون الأرض قد نظفت على الإطلاق.

٧ ـ التقاط قطعة من الورق غير النظيف من مكان أكثر استعمالاً من الأرض مع لمس الأرض عند الالتقاط.

ولكن في هذا الأسلوب من العلاج يصعب أن يتفق معالجان ويتسخدمان نفس الهرم في علاج نفس الحالة. كذلك قد يصعب على المريض أن يتبع بخياله نفس التعليمات (instructions) التي يتلقاها من المعالج.

ويمكن للقارىء المتخصص أن يتمرن على وضع إهرامات حصرية لعلاج الفوبيات الآتية: الخوف من القطط ؛ الخوف من الدم ـ الخوف من الأماكن الضيقة ـ الخوف من السيارات ـ الخوف من الكلاب.

طرق الاسترخاء

في العلاج عن طريق فقدان أو سلب الحساسية يمكن استخدام أي استجابة مضادة للحصر، واختيار واحد من بينها يتوقف على الظروف وعلى سهولة التطبيق والاستخدام. فمثلاً استخدام استجابات التغذية، أو تقديم الطعام يصلح أكثر مع الأطفال الصغار، بينما الاستجابات الجنسية بالمعنى الضيق ستكون مستحيلة معهم. كذلك فإن الاسترخاء في مواقف الحياة الحقيقية يصبح صعباً أما في المواقف الخيالية فإنه يصبح إجراء مثالياً. ولذلك يستخدم الاسترخاء في العلاج السلوكي كأسلوب أساسي. ويبدو أن جاكويش (١٩٣٨) هو أول من قرر أهمية الاسترخاء relaxation كإجراء مقابل أو مضاد للحصر. وكان يرى أن خبرة الشخص الانفعالية تنتج من تقلص أو انقباض العضلات muscular contractions التي تصاحب الحالة الانفعالية، واقترح أن الاسترخاء سيكون الحالة المعاكسة أو المضادة لحالة الانفعال بعبارة أخرى هناك علاقة قوية بين درجة التوتر العضلي muscle tension وبين إدراك الفرد للحالة

الانفعالية. فإذا انخفض التوتر العضلي فإن الفرد لن يشعر بالإثارة الانفعالية. إن الآثار الذاتية التي تصحب حالة الاسترخاء القوية هي عكس الآثار التي يشعر بها الفرد في حالة الحصر أو القلق. وفي تأييده لهذه الفكرة قرر جاكويش أن معدل النبض pulse rate وضغط الدم يرتفعان في الحالات الانفعالية وينخفضان بالاسترخاء العميق. كذلك تكشف بحوث أجراها كل من وولب وكلارك (١٩٦٣) إن مقاومة الجلد والتنفس تظهر فيها اتجاهات تخالف تلك التي توجد في حالة الحصر. والجدير بالذكر أنهما يستخدمان كمؤشرين للحصر وذلك عندما يكون الفرد في حالة استرخاء عضلي تتغير مقاومة الجلد وحالة التنفس.

ولذلك فإن التدريب على الاسترخاء العميق شيء هام بالنسبة للعلاج، وهذا التمرين يعتبر سهلاً عند البعض وصعباً عند البعض الآخر. وفي الغالب ما يبدأ التدريب على الاسترخاء بعد قليل من إجراء المقابلة الأولى ويستمر خلال جمع المعلومات الأساسية حول المشاكل، وفي أثناء تكوين الاهرامات الحصرية تقسم الجلسة جزءاً للاسترخاء وجزءاً لجمع المعلومات، ولكن هذا يتوقف على رغبة المعالج وعلى حالة المريض حيث يختلف المرضى في السرعة التي يصلون بها إلى مستوى الاسترخاء العميق المطلوب، كما يختلفون في قدرتهم عن الكشف عن مشاكلهم.

ولكن معظم المرضى يصبح عندهم الاسترخاء سهلاً نسبياً بعد حوالي ست جلسات يصاحبها تمرينات في المنزل يومية، ويسبق التمرينات شرح للدور الذي يؤديه في العلاج وفي اللحظات الصعبة عند المريض، وبعد فترة يستمتع المرضى بالإحساس بالاسترخاء التام.

والنقطة الأساسية من شرح أثر الاسترخاء في محاربة الحصر أن يشعر المريض بالأثر أو بالنتيجة التي تعقب استرخائه، ويستهدف التدريب مساعدة المريض على التمييز الواضح بين حالة التوتر العضلي وحالة الاسترخاء بحيث يصبح قادراً في النهاية على ممارسة التحكم الإرادي على الجهاز المسؤول عن التوتر والاسترخاء. وبالطبع فإن البيئة الفيزيقية المحيطة بالمريض ينبغي أن تساعد على حدوث عملية الاسترخاء. فالحجرة ينبغي أن تكون هادئة وخالية من أي عوامل مشتتة أو معرقلة يحتمل أن تسبب

الاضطرابات أو الانشغال للمريض. كما ينبغي أن يجلس المريض على مقعد مريح جداً ليس مرتفعاً جداً ونسمح للمريض أن يرتكن بشكل مريح ولين، وأن يضع رأسه على وسادة مريحة.

ويبدأ التمرين باسترخاء الذراعين، وإن كان ليس من الضروري إتباع هذا الترتيب فقد يبدأ التدريب باسترخاء الرأس أو الرجلين، إنما يبدو أن المرضى أكثر قدرة على التحكم في الأذرع، ولذلك فمن الملائم أن نبدأ بهما ويطلب من المريض أن يسترخي إلى أقصى درجة ممكنة، وأن يريح نفسه في المقعد إلى أقصى حد مستطاع. وبعد ذلك يطلب من المريض أن يقبض كفه بشدة، أو يده اليمنى clench his right fist يقبضها بشدة محكمة، وأن يركز على تلك الأحاسيس الناتجة عن نشاطه هذا، وأن يزيد من أحكام هذه القبضة إذا استطاع ذلك ويحاول أن يحدد أين يحدث هذا الشعور بالتوتر، أي يحدد مكان حدوث التوتر، وبعد عدة ثوانٍ يطلب منه أن يسترخي وأن يفتح قبضة يده، وأن يرخي الذراع والأصابع والمعصم والرسغ wrist وتصبح سائبة loose وأن تصبح لينة floppy. وفي نفس الوقت على المريض أن يلاحظ أو أن يشعر بالفرق بين حالة الاسترخاء وحالة التوتر، ويكرر هذا التمرين مرة أو مرتين حتى يستوعب المريض الفكرة العامة ويبدأ في التحكم في هذا الجزء من العضلات وبعد ذلك يتم تمرين المعصم الأيسر والساعد الأيسر بنفس الطريقة السابقة. وبعد ذلك يطلب من المريض أن يقوم بهذا التدريب مستخدماً كلتا يديه أي يقبض على المعصمين ويدرس التوترات الحاصلة في يديه وأصابعه وساعديه fourearms بينما يبقى باقي أجزاء جسمه مسترخاة إلى أقصى درجة ممكنة وهذا التمرين الأخير الذي يشمل الذراعين يعزز ويعضد ما تعلمه المريض.

ويستمر حتى يشعر المعالج أن المريض حقق درجة ما من التحكم أو السيطرة على يديه وساعديه.

ثم يحول الانتباه نحو الذراع العلوي، حيث يطلب من المريض أن يثني كوعه elbow وأن يجعل العضلات ذات الرأسين الواقعة في أعلى الذراع biceps أن يجعلها بارزة أو ناتئة prominent باستخدام أقصى ما يستطيع من التوتر والشد، ثم يطلب منه أن يزيد من هذا التوتر إذا استطاع ذلك، وأن يبقيه لعدة ثوانٍ، ثم يطلب منه بعد ذلك

أن يترك التوتر يزول، وأن يسترخي، وأن يترك لذراعيه أن يهبطا إلى جانبيه، وأن يصبحا سائبتين وبعيدة عن التوتر وخالية منه بقدر ما يستطيع. وفي نفس الوقت يلاحظ جيداً الإحساسات بالتوتر والاسترخاء، كما يلاحظ الفرق بين هاتين الحالتين. ويكرر هذا التمرين عدة مرات أولاً مع ذراع واحد ثم يتم مع الذراع الثاني، وأخيراً مع الذراعين معاً ثم يتم تمرين العضلات ذات الثلاث رؤوس triceps muscles على طول ظهر الذراعين عن طريق مد الذراع أكثر قوة وصلابة ممكنتان حتى يشعر المريض بالإحساس بالتوتر ثم يعطي له التعليمات بأن يفكر في هذه الإحساسات وأن يركز عليها، كما يفكر في حالة الاسترخاء التي تتبع ذلك وأن يشعر بالفرق بين هاتين الحالتين من التوتر والاسترخاء.

ويمكن للمعالج أن يتعرف على مدى ما حصله المريض من تحكم وضبط بإجراء اختبار بسيط حيث يطلب منه أن يرخي ذراعيه كلية ثم يرفع المعالج ذراع المريض عدة بوصات ثم يتركه ليسقط ثانية على المقعد فيشعر المعالج الفرق بين رفع ذراع مسترخاة ورفع ذراع متوترة أو مشدودة ويكتسب المعالج القدرة في التمييز بين حالة الاسترخاء والتوتر عن طريق الخبرة والمران. فالطريقة التي يسقط بها الذراع المسترخاة تختلف عن تلك التي تسقط بها الذراع المتوترة، فالذراع المسترخاة سرعان ما يشعر المعالج بثقلها والطريقة التي تسقط بها والتي تختلف عن الطريقة التي يتحكم المريض في نزولها و «الرشاقة» التي يهبط بها ذراعه.

ثم يوجه التدريب بعد ذلك نحو الرأس والرقبة بأن يطلب من المريض أن يسترخي إلى أقصى درجة ممكنة. ثم يتحول الاهتمام إلى استرخاء عضلات الشفايف واللسان والفكين والأنف وفروة الرأس أو جلد الرأس والجبهة وحول العينين، وذلك بنفس الطريقة السابقة المستخدمة في استرخاء الذراعين. فمثلاً يمكن تحريك الشفتان وتجعيدهما وثنيهما ونتؤهما وشدهما وضغطهما بشدة معاً ثم بعد ذلك استرخائهما.

وبالنسبة للعينين يمكن إغماضهما وإدراتهما نصف دائرة بشدة ثم استرخائهما، وهكذا.

ويجب توجيه اهتمام خاص للجبهة لأنها مركز للتوتر. وبالمثل يمكن شد

واسترخاء عضلات الرقبة عن طريق تحريك الرأس إلى الأمام ثم إلى الخلف إلى أقصى درجة ممكنة، ثم عن طريق إدراتها نحو جانب معين، ثم نحو الجانب الآخر. إن تكرار تدريب التوتر والاسترخاء في هذه المنطقة مع دراسة الإحساسات والفروق بينهما سوف يساعد العميل على التحكم الإرادي في عملية الاسترخاء.

التمرين الخاص بالكتفين يتضمن رفعهما إلى أقصى ما يمكن العميل ودفعهما إلى الأمام وجذبهما إلى الخلف لخلق شعور قوي بالتوتر. وكل حالة توتر يعقبها حالة استرخاء بحيث تصبح الحركة العضلية رخوة مترهلة إلى أقصى ما يمكن، ومحاولة الوصول إلى مستوى عميق من الاسترخاء.

ويمكن التحكم في عضلات الصدر عن طريق التنفس breathing ويمكن أيضاً عن طريق حركات ضاغطة داخلية من الذراع العلوي والكتفين. والهدف من هذا هو مساعدة المريض على أن يحدد موضع التوتر والإحساس، وأن يميز إحساس التوتر وإحساس الاسترخاء.

فالشهيق الكامل full inhalation يؤدي إلى الشعور بالتوتر والزفير exhalation يؤدي إلى الشعور بالاسترخاء أو إزالة حالة التوتر.

يعتبر تمرين المعدة صعباً نسبياً لأن المريض يجد من الصعب عليه شد أو ضغط عضلات المعدة stomach muscles وتصليب المنطقة البطنية. وهذه صعوبة بالنسبة للنساء بوجه خاص. ولكن بالتمرين يستطيع المريض أن يتعلم ممارسة التوتر والاسترخاء في هذه المنطقة. ويمكن ذلك عن طريق جذب المعدة إلى الداخل. وبالمثل عضلات الظهر يمكن شدها عن طريق تقويس الظهر ثم الاسترخاء ثانية. وعن طريق ثني الركبة يمكن توتير عضلات الردفين أو العجز buttocks والعضلات الواقعة خلف الفخذين thighs وعن طريق مد الرجلين بشدة يمكن توتير العضلات الواقعة أمام الفخذين. وبالمثل عن طريق شد أصابع الرجل toes ودفعها إلى الأمام يمكن توتير عضلات مشط الرجل.

وهكذا فإن مرور المريض بهذه التمرينات يؤدي إلى استرخاء جسمه حتى وإن لم تشتمل التمرينات كل عضلات جسمه. وليس من الضروري أن يتبع نفس هذا

النظام في استرخاء المريض فمن الممكن تبني أساليب أخرى.

ومن العوامل المساعدة على عملية الاسترخاء ما يقدمه المعالج من إيحاءات للمريض، فإنه الآن يستمتع بحالة الاسترخاء وأنه من المجهد عليه أن يرفع ذراعه المسترخاة كلية، وأنه شعر بالراحة عندما يتخلص منه أو يفك حالة التوتر.

والواقع أن الحالة التي يصل إليها معظم المرضى هي حالة من التنويم المغناطيسي الخفيف أو الإغفاءة البسيطة، أكثر من حالة الاسترخاء الكامل والعميق للعضلات.

وجزء من عملية الإيحاء يتمثل في صوت المعالج الهادىء الرقيق، وفي هذا إقناع للمريض بالاسترخاء أكثر من إرغامه عليه. وقد يرغب المريض في المراحل الأخيرة من التمرين أن يغلق عينيه، ويساعد هذا في عملية الاسترخاء عن طريق إبعاد المؤثرات المشتتة التي توجد في الحجرة، ويساعد هذا المريض على التركيز على إحساسه، وعلى تعليمات المعالج. وينبغي أن يظل الاتصال اللفظي بين المعالج والمريض ولا يقتصر على مجرد إعطاء التعليمات اللازمة للاسترخاء في أول الجلسات.

ويكرر المعالج عبارات... اترك التوتر يذهب... أزيد أزيد... حاول أن تحقق مستوى أعمق من الاسترخاء في هذه المرة... مع إبراز جوانب الإحساس وإظهارها بوصف حي للأطراف المسترخاة بأنها رخوة ومرنة ولينة وطيعة وثقيلة. وصف التوتر بأنه مجهد ومشدود ومتعب.

طرق علاج الحصر بالعلاج السلوكي

«الحالة الآتية توضح طرق إزالة الحصر» وهي حالة رجل ثري في سن الخمسين، يجلس مستريحاً على مقعد مريح، ويغلق عينيه، ويتنفس بسهولة، واطرافه ممتدة ومسترخاة، ويبدو مسترخياً إلى أقصى درجة، وهكذا يطلب منه المعالج أن يتخيل أنه يدخل القطار الأرضي في أحد محطاته. ثم يطلب منه المعالج أن يتصور المنظر بينما تغلق أبواب القطار، ويبدأ القطار في التحرك من المحطة. وهنا تظهر علامات عدم الراحة الفيزيقية على المريض، كما يظهر التهيج، وهنا يرفع المريض

إصبعه الأيمن مشيراً إلى حدوث حصر أزيد من اللازم عنده، ومباشرة يأمره المعالج بإنهاء المنظر، وأن يعود مرة أخرى هادئاً مسترخياً. وبعد عدة لحظات يعاد عرض المنظر مرة أخرى. وكان المريض رجل أعمال ناجح، ولكنه كان يعاني من العجز عن السفر في وسائل المواصلات العامة، ورغم نجاحه في مجالات حياته الأخرى إلا أن عجزه هذا كان يسبب له كثيراً من الحرج. وبالطبع تم إجراء الفحوص اللازمة، ووضعت المواقف المثيرة للحصر في شكل هرمي بحيث يثير كل موقف مقداراً صغيراً من الخوف يمكن منعه عن طريق الاسترخاء. وينتقل المعالج من موقف إلى آخر حتى يتمكن من إزالة كل الاستجابات الفوبية.

ولكن هذا يتطلب فهماً جيداً للمريض ومشكلته وفهم منطق العلاج وتعلم قواعده. ومن الضروري أن يتعلم المريض تخفيف الحصر الزائد عن الحد، وإذا أصبح قلقاً أزيد من اللازم عليه أن يرفع أحد أصابع يده اليمنى حتى ينهي المعالج المنظر الذي أنتج رد الفعل الزائد عن الحد، فقد يتطلب الأمر العودة لمراحل سابقة في العلاج أو حذف بعض المناظر. ولكن التجربة تدلنا على أنه كلما عرض المثير كلما قلت علامات الحصر في استجابة المريض.

ومن الضروري استخدام إشارة أخرى يستعملها المريض لنقل معلومات للمعالج دون أن يخلع نفسه من حالة الاسترخاء، فإذا عجز المريض عن خلق منظر معين فإنه يرفع أحد أصابع يده اليسرى، كذلك يستخدم إصبعه للتدليل على نجاحه في خلق صورة ذهنية كان خلقها عنده مستحيلاً من قبل. فمثلاً بعض الأشخاص يجدون صعوبة في خلق صورة خيالية بأن الواحد منهم يرقد فوق شاطىء نهر مملوء بالحشائش في يوم حار يستمع إلى صوت مجرى ماء ينحدر فوق الصخور، ويشعر بنعاس سعيد، وما إلى ذلك. مثل هذه الصورة الخيالية يكون خلقها من الصعب على الشخص الذي يخاف من الحشرات، وعندما ينجح المريض في تكوين هذه الصورة الواضحة في ذهنه عليه أن يرفع إصبعه الأيسر، وعندما يتأكد المعالج من اكتمال هذه الصورة في ذهن المريض فإنه يبدأ بأول صورة من هرم المثيرات. وبعض المرضى يحتاجون إلى كثير من الوصف اللفظي والتفاصيل حتى يكونوا الصورة الذهنية المطلوبة، وبعضهم يكفيه إعطاء الخطوط العريضة للمنظر الخيالي المطلوب. ويستمر عرض المنظر عدة

مرات كدخول قطة على شخص يخاف منها، وذلك حتى ينتهي الشعور بالخوف المصاحب لرؤية القطة. وإذا لم يتحقق ذلك فإن الحصر المتبقي من المنظر (أ) يمكن أن يضاف إلى الحصر الناتج من المنظر (ب) ومن ثم قد يتعاظم شأنه ويستعصي عن الزوال بواسطة الاسترخاء، وعلى كل حال إذا قرر المريض أنه قد كون إدراكاً واضحاً للمنظر، وأنه لا يشعر بأي حصر فإن المعالج يطلب منه أن يبقي المنظر لمدة من ١٥:٥ ثانية، ثم يطلب منه إنهاء هذا المنظر، ثم يتحول إلى حالة الاسترخاء ويعطيه فرصة لتمامه، ثم يعاد عرض المنظر مرة أخرى، ويعقب شرح المعالج اللفظي فترة سكون لبضعة ثوانٍ ثم يعود إلى كامل حالة الاسترخاء.

يعاد تقديم المنظر عدة مرات في تتالٍ (العرض اللفظي، السكوت، الاسترخاء، السكوت) والفترة الزمنية يجب أن تكون مرنة وليست محدودة تحديداً قاطعاً، ولكنها لاتتجاوز بضعة ثوانٍ، ويستمر الوضع هكذا من منظر إلى آخر، في نفس هذا التسلسل تدريجياً حتى ينتهي إلى جميع نقاط الهرم الحصري.

(أ) عرض مختصر.
(ب) سكوت.
(جـ) تعليمات الاسترخاء.
(د) سكوت.

وفي الغالب ما تستغرق جلسة العلاج ٢٠ ـ ٦٠ دقيقة. وتسمح هذه المدة بعرض ٤ ـ ٥ مناظر في الجلسة الواحدة. ولكن ليست هناك قواعد جامدة في هذا الصدد. ويعرض المنظر لمدة ٥ ـ ١٥ ثانية ولكنه يمكن أن يقلل من هذا الزمن إذا وجد أن منظراً معيناً يثير قلقاً أكثر من اللازم. أما فترة الاسترخاء الواقعة بين عرض منظر وآخر فتصل إلى نصف دقيقة[1].

---

(١) Beech. H. R., changing man's behaviour, Pelican, 1971.

العلاج بالتوكيد Assertive Therapy

يروي بينش هذه الحالة لرجل يدعى آرثر كان قد أرغم على تعلم قمع مشاعره وكان أبوه دائماً يضغط عليه بفكرة تجنب أزمات الحياة وصعابها «بعدم الكلام كثيراً» وفي صباح أحد الأيام وجهت زوجته إليه بعض الكلمات التي جرحت شعوره، وكالمتبع لم ينطق بكلمة، وذهب إلى عمله. وهناك وجه إليه رئيسه في العمل الانتقاد على خطأ ارتكبه شخص آخر غيره، ولكن مرة أخرى ظل آرثر صامتاً، وحاول أن «يبلع» التعليقات غير العادلة ضده، وفي نفس اليوم حدث إن أساء أحد العمال الصغار أدبه عليه، ومرة ثانية لم يصدر عن آرثر أي رد فعل. وفي آخر النهار عاد إلى منزله ليجد زوجته وقد أعطت جهاز تسجيله لشقيقها الذي قام بدوره بإفساده، والآن أصبح الغضب الذي ظل مكبوتاً ومتراكماً طوال اليوم يبحث عن مخرج أو منفذ Outlet ولكن ثورة الغضب العارمة الغير محكومة وجهها نحو زوجته وليس إلى شقيقها، وكان الغضب لا يتناسب في حجمه مع حجم الخطأ offence الذي ارتكبته وأدت أحداث اليوم والشعور بالذنب الناتج عن شعوره بأن غضبه كان أزيد من اللازم، وأنه اتجه نحو شخص لا يستحقه، جعله يشعر باليأس والاقتراب من الانتحار suicide ولقد أدرك وولب أن مشكلة هذا المريض تتمثل في الخوف من التوكيد fear of assertion هذا الخوف الذي نشأ من التدريب الأبوي القاسي المبكر وتبين له أن رد فعل آرثر للإحباط كان تنفيساً للمشاعر المحبوسة المتراكمة bottle-up وكان عليه أن يصرفها، أو يدعها تخرج let go وسقطت «القشة الأخيرة» على الحمولة الثقيلة من الغضب المقموع. ولذلك رأى المعالج أن يدربه على التعبير عن مشاعره بطريقة طبيعية وملائمة وكلية. هذا التدريب هو ما يطلق عليه اصطلاح العلاج بالتوكيد أو التدريب التوكيدي، ويستهدف أحداث تغييرات في أسلوب حياة الفرد وخاصة في مجال العلاقات الشخصية المتبادلة.

ويعتبر وولب هذا العلاج حالة خاصة من حالات «الكف المتبادل» حيث يعمل التوكيد كاستجابة مضادة للحصر بالمثل كالاسترخاء والطعام، إلى جانب كون الاستجابات التوكيدية عادات إيجابية جديدة تستمر في خارج الموقف العلاجي. ففي مواقف الحياة العملية، بعد العلاج، لا يقابل المريض مثيرات الحصر بحالة كاملة من الاسترخاء، وإنما الاسترخاء يحقق غايته في مجرى العلاج، وتحقيق الشفاء، أما

الاستجابات التوكيدية فإنها تظل مفيدة كسلوك مضاد للسلبية أو الخضوعية submissiveness. وإنما ينبغي أن تظهر في المواقف الحقيقية المناسبة.

إن بعض الناس يمارسون نوعاً من الضبط الذاتي، والقيود الذاتية إلى درجة أبعد من اللازم. والتدريب المثالي لهؤلاء لا ينبغي أن يصل إلى حد التطرف فيتحول المريض إلى الفظاظة أو الغلظة أو العدوان أي يتحول من السلبية إلى العدوانية.

ويتضمن التدريب التوكيدي توفير المكافآت أو التعزيزات للمريض على سلوكه التوكيدي.

وتعتمد خطة التدريب التوكيدي على شيئين أساسيين هما:

أ ـ التوكيد بأن السلوك التوكيدي يتبعه المكافآت للمريض كالاعتراف به، وأن ينال الترقية في عمله، أو غير ذلك من مظاهر الإشباع التي كانت تحرم على المريض.

وكما هو الحال في العلاج بسبب الحساسية أو غيره من أساليب العلاج الأخرى ينبغي جمع المعلومات الكافية عن حالة المريض وظروفه وطبيعة مشكلته لمعرفة المشكلة، وأنه يتمثل في فقدان التوكيد الذاتي lack of self assertion وذلك باستخدام المقابلات التي تتسم بالتسامح والتعاطف بحيث يظهر حنقه من المظالم التي وقعت عليه، وكيف أهمله الآخرون وحول ما كان يرغب أن يقوله في المواقف الماضية، ولكنه لم يفعل ذلك أو لم يستطع أن يفعله.

والخطوة الثانية في نظر وولب أن يخبر المريض أن التعبير الخارجي للتوكيدية يمنع التهيب والجمود والحصر. فيوضح له مثلاً أن الحصر الاجتماعي هو الذي حجز الاستجابة الملائمة، وأن سلوكه الهياب هذا يمنع حصوله على الترقي في وظيفته أو المكانة الاجتماعية والاعتراف به... إلخ. ويمكن توضيح مصدر هذا النقص في التوكيد عند المريض، وفي حالة آرثر واضح أنه نتج من المعاملة الأبوية. كما يشرح له أنه عن طريق بعض التدريبات المتكررة لتوكيد الذات سوف تزداد ثقته بنفسه، وكذلك قدرته على التعامل بكفاءة في العلاقات الشخصية. ثم يشجعه على السلوك التوكيدي في بعض المواقف البسيطة على شرط أن يكون متأكداً من نجاح هذه المحاولات وأنها سوف تشجع المريض.

والجدير بالذكر أن العلاج التوكيدي يتضمن كثيراً من أسالية العلاج بالاستبصار insight therapy، حيث يطلب من المريض أن يتعرف على أخطائه، وأن يتعلم أساليب أخرى بديلة أكثر ملائمة. كذلك يصاحب ذلك الإيحاء القوي الذي يستهدف تخليص المريض من أنماط سلوكه القديمة، وأن يتبنى المقاييس أو المعايير التي يقترحها له المعالج. وعلى المعالج أن يوضح للمريض أنه حالة غير براقة وغير جذاب، وأن الناس مثله يهملون، ولا يعتبرهم غالبية الناس، كما يشير إلى قتامة أو كآبة الحياة أو الوجود بالنسبة لهؤلاء الأفراد، وأن سلوكهم لا يجلب لهم إلا قليلاً من المكافآت أو الجزاء، وأن الجزاء الأكبر الذي يحصل عليه الناس من المجتمع يوجه للناس الناجحين، وأن الشخص الذي لا يؤكد ذاته يلقى كثيراً من المظالم الكبرى. كما يثير معه قضية ضرورة وقوف الشخص صلباً في الدفاع عن حقوقه وذلك بغية توجيه المريض وتنمية إرادته وتصميمه لكي يتغير نحو الأفضل.

أما التدريبات الخاصة بالبنيان الحصري الهرمي فتشتمل على مناظر خيالية والتعامل مع أحداث مرت في حياة المريض، كذلك يستخدم منهج لعب الدور في العلاج التوكيدي. ويبدو استخدام هذا المنهج في علاج وولب للحالة الآتية: وهي حالة شخص يدعى بول يحمل مؤهلات ممتازة، ولكنه لم يحرز أي تقدم في الشركة التي يعمل بها، لذلك شعر بالإحباط وبانخفاض الروح المعنوية. ومن بين المواقف المهمة موقف إجراء المقابلات معه للحصول على وظيفة جديدة وعلى ذلك كان على المريض أن يتصور أن المعالج من رجال الأعمال، وأن المريض يتقدم لطلب وظيفة عنده، قرع المريض بابا صاحب العمل بتهيب، وقابله صاحب العمل برشاقة، وأمره بأن يدخل فدخل متردداً يميشي متخبطاً، غاض البصر، متهيباً وقلقاً وخائفاً وحينئذٍ قام المعالج ومثل هذا الدور أمام المريض لكي يشعره كيف كان سلوكه، وكيف يظهر هو في مثل هذا الموقف للآخرين. وتبع هذا الأداء تبادل الأدوار بين المريض والمعالج، فلعب المعالج دور مقدم طلب الوظيفة مقدماً العرض الصحيح لما ينبغي أن يكون عليه السلوك ومظهراً الثقة بالنفس أمام صاحب العمل، ثم قام المريض بتكرار هذا العرض التوكيدي، وذلك لعدة مرات حتى أصبح قادراً على الأداء المرضي السليم. وهكذا تم تناول بقية الجوانب الخاضعة في سلوك المريض.

لكن يظهر في علاج مثل هذه الحالات تغيير في بعض خصائص الشخصية خلافاً لما يزعمه أنصار العلاج السلوكي الشرطي، الذي يزعمون أنهم يغيرون السلوك دون إحداث تغير في الشخصية. فواضح هنا تناول بعض سمات الشخصية كالسيطرة والخضوع والتوكيد والتهيج كذلك يمكن القول بأن العلاج التوكيدي هنا يتضمن بعض مظاهر التقليد.

وفي علاج سيدة في الثانية والعشرين من عمرها، متزوجة، من نقص الصفات التوكيدية. طلب منها في المرحلة الأولى من العلاج أن تصيح «بلفظ إزدرائي» عندما تصل الصدمة الكهربائية التي تتعرض لها إلى حد لا تحتمله.

وفي المرحلة الثانية من التدريب طلب منها أن تضرب بكل قوة تستطيعها فوق وسادة. وأخيراً وصل إلى مرحلة ممارسة العدوان اللفظي. وهنا أصبحت قادرة على التعامل مع العاملين في المستشفى بطريقة أكثر توكيداً. ويبدو أن تدريب الفرد على القيام ببعض الأعمال التوكيدية المبالغ فيها ربما تترجم إلى مواقف الحياة العادية.

علاج الحصر بالصدمات الكهربائية

من ملاحق تقنيات العلاج السلوكي طريقة مشتقة العمل في مجال العصاب التجريبي في الحيوانات لتقييد سلوك الحيوان في أثناء التجارب، في استجابة للمثيرات غير السارة.

تقييد يحول بينه وبين الاستجابة المتكيفة المتلائمة، بعبارة أخرى معظم الكائنات الحية تحت الظروف العادية، تستطيع أن تستجيب استجابة طبيعية للمثيرات الضارة أو المؤذية، كالتعرض للصدمات الكهربائية أو الحروق، ولكن القيود الفيزيقية أو غير ذلك من الظروف السيكولوجية غير العادية، ربما تمنع من صدور الاستجابة الملائمة. ويتبع ذلك أن منع الكائن من عمل الاستجابة التي تنهي الصدمة أو المثير غير السار يرفع من الحالة الانفعالية عند الكائن. ولا يشك أن هناك فرقاً في الآثار الناتجة عن العقاب القابل للهروب، والعقاب الذي لا يمكن الهروب منه.

ولقد أوضح كل من موريا وڤيك Mowrer and Vick أن الحيوان، عندما تعلم

القيام باستجابة حركية محددة في مجابهة المثيرات المؤذية، زالت منه آثار هذا المثير بعد فترة من الوقت. ويقترح وولب ضرورة توفير الفرصة أمام المريض لإنهاء أو للتخلص من المثير غير السار بواسطة السلوك الحركي.

وعندما يتخيل المريض منظراً ما ويصبح هذا المنظر غير سار توجه صدمة كهربائية طفيفة على ذراع المريض وعندما يقرر المريض أنه كون صورة ذهنية سارة يعطي المعالج الصدمة حتى يصدر المريض استجابة حركية كتحريك ذراعه فينتهي المثير الضار.

وتستخدم الصدمات الكهربائية بطريقة أخرى حيث يتعرض المريض لتيار كهربائي يمكن الإحساس به، ولكنه غير مؤلم لمدة من ٢٠: ٣٠ دقيقة أو حتى يقرر المريض انخفاض قلقه. ويزعم أن هذه الطريقة تصلح لعلاج كل من القلق النوعي المحدود والحصر. وكذلك يرى وولب استخداماً آخر للكهرباء في العلاج حيث يكون المريض في خياله منظراً مثيراً للحصر وعندما يتضح هذا المنظر في ذهنه يتعرض لصدمة أو صدمتين فيشعر المريض بتقلص عضلي شديد.

والفكرة من استخدام هذه الإجراءات هي ربط إزالة أو إنهاء حالة الألم أو الأذى ببعض المثيرات التي يستطيع أن يتداولها المريض. ومن هذه الطرق تعريض يد المريض لصدمة كهربائية مستمرة تتوقف عندما ينطق المريض بكلمة هدوء. ويمكن أيضاً زيادة كثافة الصدمة حتى ينطق المريض الكلمة التي تجلب له الراحة.

والمنطق وراء هذا الإجراء أن الصدمة الكهربائية تخلق نوعاً من عدم الراحة الانفعالية وهي من سمات الحصر والحصول على الراحة من الكلمة وعن طريق تكوين ارتباط كلمة معينة أو لفظة عديمة المعنى وإنهاء الحالة الانفعالية من المتوقع أو المأمول أن تصبح الكلمة نفسها وسيلة لخفض الحصر وعلى ذلك ففي المستقبل عندما يشعر المريض بالحصر يستطيع أن يستعيد راحته بأن يقول لنفسه كلمة «هادىء» أو كلمة أخرى، ولكن هذا المنهج ما زال يحتاج إلى كثير من الأدلة التجريبية.

العلاج عن طريق الممارسة السلبية

هناك حالات قليلة يحتاج المعالج فيها إلى استخدام التمرين السلبي كأسلوب أساسي في العلاج، ولكن هناك حالات كثيرة يستخدم فيها هذا التمرين كأسلوب مساعد لمناهج أخرى. والفكرة الرئيسة من هذا العلاج هي تكرار بعض العادات الغير مرغوب فيها حتى يصبح استدعاء هذه العادة لمزيد من العمل أمراً مستحيلاً. ويحتاج لعدد كبير من الجلسات حتى تقل قوة العادة غير المرغوبة. ويعرض وولب لحالة سيدة سن ٢٤ سنة تعاني من اضطرارها أن «تجرش» بأسنانها (إصرار الأسنان) - tooth grinding تم علاجها عن طريق قيامها بتدريب مطول أو سلسلة من التدريب protracted exercises في ممارسة هذه العادة السيئة بحيث كانت تتمرن عليها ٣٠ مرة في اليوم الواحد مدة كل تمرين دقيقة كاملة ومع وجود دقيقة راحة بين كل تمرين وآخر. وكانت النتيجة بعد أسبوعين ونصف اختفاء جرش الأسنان اللاإرادي involuntary ولم يتكرر حتى بعدها بعام كامل.

وباستخدام هذا الأسلوب تم علاج كثير من الحركات اللاإرادية tics أو اللوازم كحركة الرقبة، أو ربط العنق وضبطها أو حركات العين أو الشفاه أو تسليك الزور ولكن الشفاء فيها يحتاج تدريبات مطولة جداً حيث يؤدي التكرار الزائد إلى كراهية العادة والتعصب منها، وبذلك يتغير الارتباط بين العادة أو الدافع لها والنتيجة، فبدلاً من الشعور باللذة أو الراحة يشعر المريض بالتعب من ممارستها فكيف عنها فالتمرين يقتضي أن يمارس المريض العادة إرادياً لأن «اللازمة» تكون غالباً لا إرادية وخارجة عن سيطرة الفرد.

وهناك اضطراب غير شائع يطلق عليه Les gilles de la tourette syndrome ويبدأ بظهور «لوازم» وحركات ارتجافية jerky movements في الوجه وفي الجسم والأذرع والأرجل ويصاحب ذلك التلفظ اللاإرادي involuntary vocalization بالألفاظ القذرة. ويقتضي العلاج أن يكرر المريض هذه الكلمات بأعلى صوت ممكن وإلى أقصى درجة ممكنة من التكرار حتى لا يستطيع أن ينطق بكلمة بعد ذلك وذلك لمدة دقيقة كل محاولة.

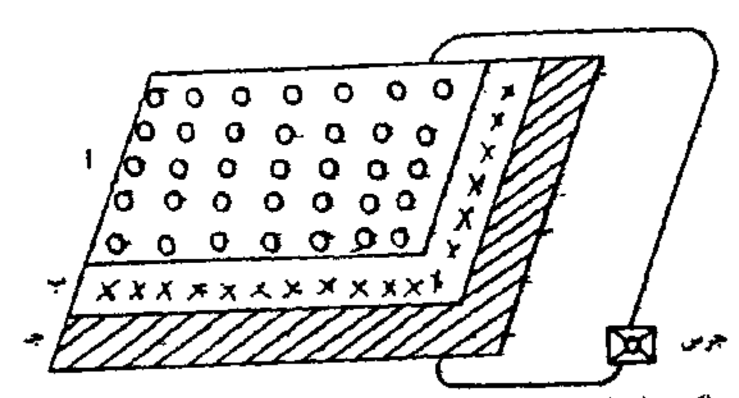
علاج التبول اللاإرادي بالاشتراط الإيجابي

يرى المعالج السلوكي أن التبول اللاإرادي enuresis يرجع إلى فشل الطفل في تكوين الاستجابة الشرطية التي اكتسبها معظم الأطفال. ولذلك فالعلاج واضح ومباشر وهو تقوية السلوك الضعيف عن طريق الاشتراط.

لقد كان مورير (١٩٣٨) أول من استخدم المنهج الاشتراطي في التحكم في عادة بل الفراش bed - wetting وكان الهدف تكوين رابطة بين مثير ما وتوتر المثانة bladder أو ربط استجابة اليقظة مع ملء المثانة حتى يمكن بعد التدريب أن يستيقظ الطفل عند حدوث الإحساس بملء المثانة، وقبل حدوث التفريغ وبالضبط إيقاظ الطفل قبل العتبة التي يحدث عندها تفريغ المثانة للبول micturition ويتضمن العلاج نوم المريض على فراش خاص يتصل بسلك كهربائي، ويعمل البول على توصيل الدائرة الكهربائية فوق جرس معين فيستيقظ المريض أثناء التبول اللاإرادي.

ينام الطفل على سرير خاص بحيث ينفصل التيار الكهربائي بواسطة ملاءة رقيقة من المعدن المخرم وبحيث يتخللها البول ويمر منها فتكتمل الدائرة الكهربائية ويتصل التيار بجرس كهربائي فيدق. ولقد وجد الباحثون أن نسبة الشفاء باستخدام هذا المنهج تتراوح ما بين ٣٣: ١٠٠٪ ويزعم البعض حدوث الشفاء بعد إجراء ١٤ محاولة شرطية بتسهيل تكوين الارتباط إذا اقترنت الاستجابة بتقديم التعزيزات أو المكافآت ويقلل التعزيز من حالات الانتكاس أو العودة للمرض.

ويذهب لوفي بوند Lovibond إلى القول بأنه بالإضافة إلى استرخاء المثانة كمثير لكف تفريغها فإن الطفل يتعلم كيفية تجنب مثير ضار أو مؤذ كالصدمة الكهربائية أو طنين الجرس الكهربائي وغير ذلك من المثيرات عن طريق تقلص العضلة العاصرة sphincter muscle، ويتطلب ذلك نوم المريض على سرير معد بحيث يحدث تفريغ المثانة لا إشارة واحدة كما هو الحال في الطريقة الأولى وإنما يؤدي إلى حدوث إشارتين: الأولى صوت سيارة مزعج وعال وغير سار ويستمر لمدة ثانية واحدة، ويستهدف عمل منعكس وتتقلص للعضلات العاصرة، وبذلك يمنع تفريغ المثانة. ويتبع هذا الصوت المزعج بعد دقيقة صوت جرس رقيق يستخدم للمساعدة في حدوث الاستجابة. ويلاحظ أن التعزيز في هذه التجربة تعزيز سلبي حيث يتجنب الطفل بعض المثيرات الضارة أو المؤذية عن طريق القيام بالتقلصات العاصرة.



ولكن هذا العلاج الذي يدوم نحو شهرين يضع كثيراً من المسؤولية على الآباء الذين يصبح عليهم أن يستيقظوا عدة مرات، وأن يعيدوا تركيب الجهاز مرة أخرى، ولذلك هناك محاولات لتخفيف هذا العبء عن كاهل الآباء. من هذه المحاولات استخدام العقاقير التي يزعم أنها تساعد على تكوين الارتباطات الشرطية. ويستخدم عقاران هما dexedrine and methedrinc للإسراع في عملية العلاج القائم على استخدام جهاز الجرس والبطانية bell and belanket apparatus.

وبلغت نسبة النجاح في الحالات التي أكملت العلاج نحو ٩٠٪. ولكن بينما يؤدي استخدام هذين العقارين إلى التعجيل في العلاج وتقصير مدته، إلا أن نسبة الانتكاس تزداد عن استخدام طريقة «الجرس والبطانية» وحدها.

علاج بعض مظاهر السلوك الشاذ بتغيير التغذية الرجعية

يعرض Beech لحالة سيدة تعمل راقصة باليه تعاني من الرغبة المتكررة في التبول كل نصف ساعة على الأكثر.

وكان هذا يعوق عملها، ويسبب لها كثيراً من الحرج. ودلت حالتها بأنها رد فعل حصري. ومورس معها العلاج بالتحليل النفسي لمدة خمس أسابيع دون حدوث تحسن يذكر، ولذلك تولى علاجها جون (١٩٦٠) باستخدام طريقة أخرى. وكانت طريقة علاجها سهلة وهي عبارة عن توصيل مثالتها bladder عن طريق قسطر أي أنبوبة معدنية أو مطاطة تدخل عادة لمجرى البول لتفريغ المثانة (catheter) إلى أنبوب مدرج graduated tube تستطيع المريضة مشاهدته بسهولة وبوضوح، تستطيع أن تقرأ فيه الضغط الحادث من إمتلاء أو من محتوى مثانتها. ثم أدخل محلول مالح saline

solution من خلال القسطر وبذلك إزداد ضغط المثانة لدرجة حرجة تجعل المريضة تشعر بالرغبة في التبول. هذا التدبير ساعد المريضة على رؤية درجة الضغط التي تجعل حاجتها للمرحاض لا تحتمل أو تصبح حاجة ملحة inperative وكانت تحت تشجيع المعالج بأن تزيد من درجة احتمالها بزيادة حجم أكبر لمحتوى مثانتها قبل أن تضطر إلى «الإستسلام». وبدون علم ومعرفة المريضة كان لدى المعالج جهاز يستطيع به أن يخفض الضغط الظاهر الذي يبدو على المؤشر الذي تراه المريضة. وبذلك كان الهدف أن تأتي المريضة إلى احتمال مزيد من السائل في مثانتها نظراً لأنها تكون قد احتملت من قبل مستويات أعلى من تلك التي تشاهدها الآن. وفي النهاية بعد استخدام التغذية الرجعية الزائفة والحقيقية feedback من المعلومات عن ضغط مثانتها تمكنت المريضة من التحكم في صعوبتها.

وهذا العلاج قائم على أساس إقامة علاقة بين الإحساس في المثانة والقراءة المرئية. وبعد تكوين هذه العلاقة يحس المريض بالرغبة في الذهاب إلى المرحاض حتى إذا كانت مثانته خالية أو بها قليل من السائل.

العلاج بالإشمئزاز أو النفور

يستخدم العلاج بالنفور لشفاء حالات نفسية كثيرة من بينها حالات الانحرافات الجنسية، والحالة الآتية لشاب يعمل سائق شاحنة مصاب بحب التزين بملابس الجنس الآخر transvestite وكان يشتق منه الشعور باللذة من إرتداء ملابس النساء منذ أن كان عمره ١٥ سنة، وعندما علمت زوجته التي مضى على زواجه منها أقل من عام واحد بشذوذه هذا شجعته كثيراً على البحث عن علاج. ولقد أعطى ٦٨ جلسة علاجية وبعدها تخلص من الأعراض وتحرر منها. وكانت جلسات العلاج عبارة عن جلوس المريض على مقعد في حجرة صغيرة بعد أن يكون قد أعطي حقنة تحت العضل من مادة apomorphine وعيناه تتركزان على شاشة بيضاء معلقة على الحائط من الجانب الآخر من الحجرة. وبينما هو يحملق على الشاشة يكون العقار قد أخذ في عمل مفعوله، ويؤدي إلى شعوره بالغثيان أو الدوار nausea وعندما يقرر إحساسه بالمتاعب هذه تعرض صور على الشاشة كما يسمع تسجيلاً صوتياً لوصف هذه الصور المعروضة، وهي صور للمريض نفسه وهو يرتدي أجزاء مختلفة من ملابس النساء،

تبدأ من مجرد لبس بعض الملابس الداخلية حتى تصل إلى لبس كافة الملابس النسائية مع تزين كامل للوجه باستخدام المساحيق والألوان المختلفة وصوت التسجيل هو صوت المريض نفسه أيضاً يصف اللبس ويردد إسمه ويستمر هذا العرض حتى يتقيأ المريض من تأثير العقار.

ولكن هناك من يتشكك في قيمة استخدام العقاب في علاج الأمراض النفسية. ومسألة استخدام العقاب في تعديل سلوك التلاميذ مسألة يعارضها كثير من التربويين. ولقد استخدم هذا الأسلوب النفوري في علاج حالات إدمان الخمور. وكانت الفكرة الأساسية هي تكوين ارتباطات جديدة بين ظهور الكحول مع الشعور بالغثيان، وتحقق ذلك باستخدام العقاقير التي تسبب القيء vomiting وغيره من الإحساسات غير السارة، وفي أثناء هذه الخبرات يسمح للمريض بشرب كمية صغيرة من الكحول، وكان يوجد في الحجرة رف عليه مجموعة من زجاجات الكحول حتى يستطيع أن يراها المريض.

ويمكن إعطاء بعض المشروبات الأخرى بين الجلسات أو المحاولات حتى يميز المريض بين مشروب يسبب القيء وآخر لا يسببه أو مشروب يسبب القيء وآخر يسبب السرور. وفي سنة ١٩٦٥ قرر بلايك Blake أنه عالج ٣٧ حالة بما أسماه هو علاج «الاسترخاء ـ النفور» relaxation - aversion therapy، حيث كان يسبق تدريب الاسترخاء اشتراط النفور. وكان هذا الدمج بين منهجين ضرورياً لنجاح علاج الإدمان الزائد.

وتتضمن إجراءات العلاج جلوس المريض على مائدة في كبينة صغيرة يواجه شاشة موضوعة على الحائط، ومثبت في ساعده أقطاب لتوصيل الصدمات الكهربائية، ثم يعطي كمية من الماء، وأخرى من الكحول وكوباً لكي يخلط فيه هذين السائلين، وأعطيت له التعليمات بأن يرشف sip المزيج، ولكن لا يبتلعه. وفي بعض المحاولات يصحب الإرتشاف صدمة ذات كثافة متزايدة وكان المعالج يخبر المريض بأن الصدمة سوف تنتهي عندما يقذف المشروب من فمه إلى إناء معد لذلك. وفي بعض المحاولات الأخرى كانت تحذف الصدمة الكهربائية وكان يطلب إلى المريض أن يقذف بما في فمه عندما تضاء أمامه لمبة خضراء. وفي هذا الأسلوب تطبيق لمبدأ

التعزيز المتقطع intermittent reinforcement حيث كانت تصاب نصف المحاولات بالصدمة بينما النصف الآخر منها لم تصب بشيء. واستمرت جلسات الاشتراط هذه المدة ٤ : ٨ أيام بمتوسط قدره خمس ساعات معالجة لكل مريض، ولكن وجد أن نسبة الانتكاس عالية في مجموعة المدمنين الذين عولجوا بهذا الأسلوب، ولذلك استخدم ماك كلوتش Mac Cultoch وزملاؤه ١٩٦٦ طريقة أخرى حيث عمدوا إلى توفير هرم من المواقف التي تتضمن الكحول منها:

١ ـ زجاجة مغلقة.

٢ ـ زجاجة مفتوحة.

٣ ـ كأس مملوء بالكحول مرسوم على شرائط فوتوغرافية.

وفي أثناء ذلك يسمع المريض جهاز تسجيل يدعوه أن يتناول كأساً. واستخدمت الصدمات الكهربائية كمثير منفر بطريقة كانت تسمح للمريض بأن يتجنب الصدمة كلية أو أن يتهرب من زيادة شدتها وذلك عن طريق إبطال أو توقيف الصورة. ولكن هذه التجربة لم تؤد إلا إلى شفاء ٢٥٪ فقط من مجموع المرضى، وربما يعالج فشلها عن طريق زيادة محدد محاولات الاشتراط باستخدام مثيرات أكثر واقعية عن مجرد الصور وتقوية الصدمات الكهربائية.

استخدام مثيرات أكثر إيلاماً تم في دراسة ساندرسوم وزملائه Sandersom حيث استخدم عقار Scoline في علاج الكحولية ويسبب هذا العقار ضيقاً في التنفس لا يتحمله المريض، وبذلك يرتبط هذا الألم النفسي بمثير كحولي ككأس من الويسكي يؤدي إلى رد فعل نفوري قوي ضد الشرب.

ولكن لا بد لاستمرار الشفاء من توفير بديل لإشباع حاجات المريض التي كان يشبعها عن طريق الشرب، وذلك حتى لا تحدث النكسات.

وبالنسبة لاستخدام هذا الأسلوب في علاج الجنسية المثلية تمكن سولوم وميلر Solyom and Miller (١٩٦٥) من معالجة ستة من المرضى حيث جلسوا على مقاعد مريحة في غلافة مظلمة، ثم عرضت عليهم شرائط لصور نساء ورجال عارية، وكان المرضى يتعرضون لصدمات كهربائية قوية عندما تعرض عليهم صور الرجال العرايا،

وكانت بعض المحاولات تترك بدون تعزيز عملاً بمبدأ التعزيز المتقطع. وقبل عرض صورة الأنثى كان يتعرض المريض للصدمة، ولكن في هذه المرة كان المريض يستطيع أن يوقف استمرار الصدمة وإذا أدار زراً لوقف الصدمة ظهرت الصورة بسرعة أمامه، وبعبارة أخرى فإن هذا الإجراء كان يقدم العقاب لمثيرات الجنسية المثلية، ويتجنب العقاب عندما يعرض المثير الجنسي الطبيعي، وذلك بهدف خفض الاهتمام والرغبة في مثيرات الجنسية المثلية وتقليل الحصر الذي يثار من رؤية النساء.

والفكرة الأساسية من هذا النوع من العلاج هي عرض شرائط لصور ذكور وإناث على درجات مختلفة من الجاذبية بحيث يصحب المثير الذكري صدمات كهربائية بينما يرتبط المثير الأنثوي بالراحة من الصدمة أو التخلص منها. ويلاحظ أن هذا الأسلوب من العلاج. لدواع خلقية، يعتمد على رموز للذكورة والأنوثة وليس على مثيرات جنسية حقيقية.

ولقد عالج بلاكمور Blakemore (١٩٦٣) وزملاؤه حالة رجل يعاني من انحراف التشبه الجنسي، عمره ٣٣ سنة، كان يستمد اللذة من إرتداء ملابس النساء وهو ما زال في سن الرابعة، وأصبح ذلك مصحوباً بثورة جنسية في مرحلة المراهقة. ولقد عوق هذا النشاط إلى حد ما خلال أدائه الخدمة العسكرية، ولكنه حتى خلال هذه الفترة كان يستمني على أساس من تخيله نفسه مرتدياً زي إمرأة.

وعندما خرج للحياة المدنية كان ينغمس في مناشط شاذة، وظهر عنده قهر أو استحواذ compulsion أن يظهر في العلن بملابس نسائية كاملة كالحذاء والشعر المستعار والفستان، وحتى التزين بالمساحيق ولم يساعده الزواج في شيء، بل إنه وجد من الصعب التمتع بالحياة الزوجية بدون لبس الملابس النسائية. وخضع للعلاج النفسي لمدة ست سنوات ولم يتم الشفاء.

تم العلاج في حجرة صغيرة مغلقة مقسمة بواسطة ستائر، وكان يوجد بالحجرة مرآة كبيرة بطول المريض. وفي بداية المحاولة كان المريض يقف عارياً تماماً على قطعة من القماش التي يمكن توصيل الكهرباء من خلالها، وتعطي له التعليمات بالبدء في لبس ملابسه المفضلة «النسائية»، وفي هذه الأثناء توجه صدمة كهربائية إلى قدمية عن طريق حذاء معد لذلك، أو يسمع صوتاً مزعجاً جداً، وتعد الصدمة أو الصوت

إنذاراً له لكي يبدأ في خلع ملابسه النسائية، وتستمر الصدمة حتى ينتهي من خلع ملابسه كلية فكان:

اللبس ← يقود إلى الصدمة.

الخلع ← إزالة الصدمة.

وكان العلاج مكثفاً جداً، حيث كان يعطي المريض خمس محاولات بين كل واحدة والأخرى راحة نصف ساعة، ويستمر العلاج ثماني ساعات في اليوم. واستمر لمدة ستة أيام حتى تم إجراء مائة محاولة. وأدت المعالجة إلى الشفاء النهائي حتى بعد متابعة المريض لمدة ستة شهور، فلم يظهر أي رغبة في إرتداء ملابس الجنس الآخر. وكذلك تحسنت علاقاته مع زوجته[1].

استخدام الاشتراط الإجرائي في العلاج

يقصد بالاشتراط الإجرائي أو الأدوي operant conditioning. ويسمى أيضاً الاشتراط الآلي instrumental conditioning، الاشتراط الذي يستهدف تعليم الكائن الحي تكرار الاستجابة التي جلبت له المافآت والتعزيز في المواقف السابقة وسببت الشعور بالرضا والإشباع أو جنبت الكائن الحي الشعور بالألم. والحالة الآتية توضح للقارىء مضمون هذا الأسلوب، وهي حالة مريض بالذهان العقلي. في أثناء العلاج الأدوي هذا كان المريض يجلس صامتاً بلا حركة كما كان دائماً طوال مدة إقامته في المستشفى والتي تزيد عن ٢٠ عاماً ولم يكن يبدي أية علامات للاستجابة على الأسئلة التي كانت توجه إليه، ولم يكن يظهر أية استجابة أيضاً إزاء سلوك المحيطين به بل كان يجلس سلبياً في نفس الموضع الذي يوضع فيه، وبينما المعالج يقف ويستخرج سيجارة من جيبه إذ بباكو من اللبان يسقط صدفة على الأرض، وهنا تحركت عيني المريض تجاه مكان وقوع اللبان، ثم عادتا ثانية إلى وضعهما الأصلي تحملقان إلى الأمام وبذلك حدث نوع ما من الحركة. واستمر المعالج في مقابلة المريض ثلاثة

(١) Beech, H.R., op. cit.

مرات في الأسبوع بقصد زيادة هذا الحد الأدنى من الاستجابة responsiveness. وفي الفترة الأولى من العلاج كان يحمل قطعة من اللبان أمام وجه المريض حتى يبدي أي حركة من عينيه نحوها، وعندما يتحرك بعينيه نحوها يعطيها المعالج إياه وفي نهاية الأسبوع الثاني كانت عيناي المريض تتحركان مباشرة نحو الحلوى. وفي خلال الأسبوعين الثالث والرابع كان المعالج يطلب مزيداً من الاستجابة قبل أن يعطيه الحلوى، وبعد ذلك تمكن المريض من تحريك شفتيه وعندئذٍ كانت تعطي له الحلوى مباشرة. وفي نهاية الأسبوع الثالث تمكن من إحداث استجابتي العين والشفاه معاً. وهنا بدأ المعالج محاولة إظهار استجابة أخرى في التلفظ أو الألفاظ vocatlization حيث نجح المريض أولاً في التلفظ الغامض فحاول المعالج مساعدة المريض على توضيح ألفاظه، وأن ينطق كلمة لبان gum وفي نهاية الأسبوع السادس نطق المريض فجأة: لبان من فضلك. وأصبح مستعداً للإجابة على أسئلة بسيطة، وبعدها أصبح قادراً على أن يواجهه هو نفسه بعض الأسئلة البسيطة كأن يطلب شخصاً يلعب معه «بنج بنج» بقوله «بنج بنج»:

يروي لنا هذه الجلسة إسحق Isacs ١٩٦٠) وزملاؤه لتوضيح الاشتراط الأدوي، ذلك الذي نتمكن فيه من السيطرة أو التحكم في السلوك عن طريق تدابير متعمدة ومنظمة للنتائج أو المترتبات consequences. في هذه الحالة كان هناك تعزيز إيجابي أو مكافآت إيجابية هي التي تحدد مقدماً نتائج السلوك أي حركة العين والشفاه أو الألفاظ، ويمكن تكون أنماط أكثر تعقيداً من السلوك أو تشكيلها من هذه البداية المبسطة. وفي هذا النوع من الاشتراط الذي ابتكره سكنر ننتظر حتى يظهر السلوك المرغوب فتقدم المكافآت، وعن طريق المكافآت نقوي هذا السلوك ونزيد من تكرار حدوثه.

لقد تمكن المريض من الاستجابة بعد ١٨ جلسة. وجوهر الاشتراط الأدوي هو أن نتائج الفعل أي التي نتبعه هي التي تؤثر في مستقبل هذا الفعل ومستقبل تكراره أو حدوثه The consequences which follow a particular piece of behaviour intluence the future occurrence of that behaviourr[1] وتؤيد الملاحظة هذه القضية حيث يميل

---

(١) Beech, H.R., op. cit., p. 181.

السلوك المعزز إلى السلوك المعاقب عليه حسب آداء هذا العقاب. والغالب أن العقاب إذا كان يؤدي إلى إزالة الألم، فإن السلوك المعاقب عليه يتقوى لأن الهروب من العقاب هو النتيجة. وإذا كان السلوك يقود إلى العقاب بطريقة مباشرة فإننا نتوقع أن يضعف هذا السلوك هذا الدور المزدوج للعقاب يتضح من علاج حالة تلعثم وضبطها حيث طلب المعالج من المريض أن يقرأ بصوت مرتفع لمدة ٩٠ دقيقة استخدمت الثلاثون دقيقة الأولى منها لتسجيل عدة مرات حدوث التلعثم، وفي خلال الثلاثين دقيقة الثانية قدم نوع من المثير المنفر (ضوضاء غير سارة تأتي مباشرة بعد كل انسداد في قراءة المريض في النطق) وفي الثلاثين دقيقة الأخيرة ثم تسجيل الصعوبات لفحص أثر العقاب في هذه القراءة. وكانت النتيجة واضحة في انخفاض التلعثم خلال فترة العقاب، بل وانتقل هذا التحسن للقراءة حتى في الفترة الأخيرة التي لم يكن فيها عقاب، ولكن لم يستمر هذا التحسن طويلاً بسبب قصر مدة العلاج هذه. ويستخدم في العلاج السلوكي ما يسمى بالاشتراط اللفظي verbal conditioning ويشبه هذا ما يقوم به البائع مع المشتري حيث يحاول البائع أن يحصل منه على إجابه «بالإيجاب» على اسئلته الخاصة (نعم) وهي اسئلة سهلة منها: أنك تريد موديلاً جيداً؟ أليس كذلك؟ إنني أتوقع أنك تعرف النوع الذي تريده؟ وبعد التأكد من هذه الإجابات يسعى إلى مزيد من الأجوبة ذات الأهمية الأكثر.

في الاشتراط اللفظي يقول المريض بعض الألفاظ، فيقدم له المعالج بعض المكافآت. وهذا يشجع حدوث مزيد من هذه الاستجابات المرغوبة، ولكن ما هي المكافآت في هذه الحالة؟

إنها تتركز فيما يعرف بإسم التعزيز الاجتماعي social reinforcement كلمات مثل: حسنا، جيد، جميل، ممتاز. أو ابتسامة وغير ذلك من علامات الموافقة، الدافئة. إننا نسعى جميعاً للتمتع بالموافقة أو القبول الاجتماعي social approval والمناشط التي تقود إلى الحصول على مثل هذا يزداد تكرارها فالقول يؤدي إلى تقوية النشاط الذي قاد إليه بل ويؤدي إلى تقوية طائفة من المناشط المتصلة به..

ويذهب البعض إلى القول بأن مثل هذه العلامات الدالة على القول قد تشجع حتى الشخص الفصامي المنسحب الذي يتسم بعدم الاستجابة للمثيرات الاجتماعية.

وفي علاج التلعثم ذهب البعض إلى اعتباره عادةً تكونت عن طريق الاشتراط الأدوي حدثت في الماضي، ولذلك يمكن تعديله بطريق مماثل لأن تكرار الكلمات ظاهرة سائدة في الطفولة. فالطفل أحياناً يظل يكرر نفس السؤال للأبوين حتى يحصل على إجابته، وتعد الإجابة هنا مكافأة للطفل، ولكن الإجابة ارتبطت بالتكرار، وبذلك يمارس الطفل هذا الأسلوب لأنه وجده مجزياً.

ولقد استخدم الاشتراط الأدوي اللفظي مع مرضى الفصام عن طريق توفير المكافآت الاجتماعية من الابتسامات والإيماءات عندما يبدي المريض استجابات عادية أو شائعة أو مقبولة، أو يعمل ارتباطات مقبولة مع عبارات المعالج كأن يكافأ وتحجب هذه المكافآت عندما ينطق المريض بعبارات غير مألوفة أو شاذة. وكانت النتائج مشجعة في تكوين ارتباطات إجابية بدلاً من الارتباطات السلبية. ويستخدم هذا المنهج مع الأطفال الذين يظهرون صعوبات في الاتصال أو صعوبات لغوية. يستخدم التدريب الأدوي لعلاج بعض المشكلات الصعبة كتلك الحالة التي يرويها نيل Neal (١٩٦٣) لطفل في سن التاسعة من عمره كان يعاني من صعوبات في عملية الإخراج، وخضع لمدة طويلة للعلاج داخل وخارج المستشفى، ولكن العلاج فشل تماماً في إيقافه عن أن يلوث نفسه أو أن يعدل من سلوكه العدواني، وهنا خضع للتدريب الأدوي بحيث كان يصطحب إلى المرحاض أربعة مرات يومياً في أوقات محدودة. وكلما نجح كان المعالج يمتدحه، ويقدم له قطعة من الحلوى، كما كان يسجل في كتاب خاص هذا «الانتصار» أمام الطفل. وإذا فشل الطفل في قضاء حاجته بعد قضاء فترة في المرحاض أمر بالخروج وعدم استمرار الجهد، وإذا لوث نفسه فلم يكن ينال العقاب ولا المكافأة وإنما كان يعطي ملابس نظيفة جديدة لكي يلبسها. وبمرور الوقت أمكن تقليل عدد مرات زيارة المرحاض والاعتماد على تقدير الطفل الذاتي واستمرار تعزيز الزيارات الناجحة. واستمر العلاج لمدة ثلاثة شعور تم تحسن الطفل بعدها.

ويستخدم الاشتراط الأدوي مع العقاب لتعديل السلوك أو للشفاء من بعض العادات السيئة، والحالة الآتية لطفل في سن ثلاثة سنوات ونصف يعاني من ثورات غضب وتهيج مما يؤذي نفسه، وكان يرفض أن ينام ما لم يجلس أحد أبويه بالقرب من فراشه، ولم يكن طعامه طبيعياً، كما أن اتصالاته الاجتماعية ونشاطه العقلي كانا

على درجة كبيرة من الضعف. وكان بصره ضعيفاً لدرجة أنه كان عليه أن يلبس نظارة وإلا أصبح جزئياً أعمى، وكان يرفض تنفيذ ذلك مما جعل الأطباء يقررون إدخاله المستشفى، وكان العقاب الذي يناله على ثورات غضبه أن يدخل حجرته ويغلق عليه الباب. وتكرر غلق الباب كلما تكرر هياجه، أما السلوك الطيب فكان يقود إلى إطلاق سراحه وهكذا.

تقود إلى

ثورات غضب ← العقاب كنتيجة.

السلوك الطيب ← مكافأة اجتماعية واتصال بالآخرين.

وبعد مضي أربعة شهور على هذا العلاج لم يبد أي تحسن وإنما ربما يرجع ذلك إلى أن إجراء «القلق» كان يتم بطريقة تعاطفية زائدة مع المريض لدرجة أن سلوكه هذا كان ينال الثواب وليس العقاب وعندما استخدم أسلوب أكثر صرامة، تم نوع من التحسن واختفى سلوك إيذاء الذات كليه. ولكن هذا العلاج يبدو بسيطاً لدرجة أنه لا يختلف عما يراه الفهم العام لدى العامة، وكثيراً ما يشكو الآباء من أنهم استخدموا كل من الثواب والعقاب دون جدوى. والواقع أنهم لا يستخدمون الثواب أو العقاب لمدة كافية من الزمن ولا بطريقة منتظمة. كذلك فإن تحديد السلوك، وكذلك نوع المكافأة والعقاب يحتاج إلى دقة ودراسة دقيقة. كذلك فإن الآباء مشغولون بأمور أخرى كثيرة، وقد يتأثرون بانتقادات الأصدقاء والجيران إذا ما أقدموا على حبس الطفل لمدد طويلة بمفرده. كذلك وفي الغالب ما يختلف الأب والأم نحو أسلوب العقاب والثواب.

ويقصد بالتعزيز الإيجابي موقف تؤدي للمكافأة فيه تلك التي تتبع جزءاً معيناً من السلوك إلى احتمال حدوثه أو تكراره في المستقبل. أما التعزيز السلبي فربما يتضمن شيئين: عندما يتبع السلوك بعض الأحداث المؤذية (العقاب) يضعف هذا السلوك أي يتكرر أقل في المستقبل أو ربما يتقوى ويتدعم عن طريق تجنب بعض المثيرات الضارة أو المؤذية (الهروب والتجنب). إن العقاب والهروب والتجنب متصلة اتصالاً وثيقاً وتمثل الآثار السلوكية التي تنتج من الاشتراط النفوري أو الإشمئزازي.

في الاشتراط الأدوي لا بد أن يأتي الكائن بالسلوك المطلوب قبل أن ينال المكافأة. فالسلوك هو وسيلة الكائن أو آداته في الحصول على المكافأة أو في تجنب العقاب. ويعد كل من الاشتراط الكلاسيكي والأدوي نوعاً من التعلم وكلاهما يستخدم في العلاج[1].

وفي حالة وجود أكثر من اضطراب لدى المريض يفضل أن يتم علاج كل واحد منهما على حدة. وتوضح طريقة علاج حالات شلل الكتابة أو الطباعة على الآلة الكاتبة العلاج المعتمد على العقاب وحده.

فلعلاج الرعشة tremor أعدت لوحة معدنية بها عدة ثقوب ذات أقطار مختلفة، وطلب من المريض أن يدخل قلما (Stylus) مبتدءاً بأكبر هذه الثقوب حجماً. وكانتْ أي هزة في حركة المريض تؤدي إلى توصيل القلم المعدني بحد اللوحة المعدنية، ربهذا تكتمل الدائرة الكهربائية ويؤدي ذلك إلى تعريض يد المريض التي لا تكتب لصدمة كهربائية. أي أن الصدمات تصاحب الاستجابات غير الملائمة أي الاتجاف، بينما الاستجابة المستقيمة والضبط الكامل للقلم سوف يؤدي إلى تجنب الصدمة. وعندما يتقن المريض التدريب مع الثقب الكبير ينتقل إلى التدريب مع الثقب الأصغر منه حجماً وبالمثل أمكن علاج التشنج في الأصابع الذي يعوق حركة الكتابة بحيث يكتب المريض بين خطين مستقيمين على لوحة معدنية وأي إنزلاق عن الممر الأساسي المخصص للكتابة فإن المريض يتعرض لصدمة كهربائية على الفور.

---

(1) Beech, H.R., op. cit.





أصول العلاج النفسي السلوكي

* الاتجاه التحليلي في العلاج.
* تعليمات الاسترخاء تمهيداً للعلاج.
* العلاج عن طريق النمذجة أو التقليد.
* العلاج عن طريق «الانفجار الداخلي».

الاتجاه التحليلي في العلاج

كانت المعالجات التحليلية أو الدينامية Dynamic therapy تعتمد على عمليات الاستبصار Insight أي الفهم الموضوعي لحالة المريض، وعلى عملية التفسير أو التأويل Interpretation لأحداث المريض[1] وحالته وأعراضه، كذلك كانت تعتنق مبادىء فلسفية، منها أن هناك جانباً مظلماً غامضاً خفياً في حياة الإنسان هو اللاشعور[2] وهو منطقة مجهولة وغير مرتادة من الشخصية الإنسانية تكمن فيه الدوافع اللاشعورية والميول والرغبات والنزعات والصراعات والعقد اللاشعورية.

---

(١) تشير الأعراض Symptoms إلى شكاوي وآلام المريض كالقلق والاكتئاب والصراع والأرق والألم والشك والريبة وسماع الهلاوس والهذاءات أو الضلالات والبلادة الانفعالية والفراغ العاطفي والجمود العاطفي والخطأ في الاستدلال.

(٢) يشير مصطلح اللاشعور إلى تلك المنطق المجهولة والغامضة من الذات الإنسانية والتي تحتوي على الدوافع والرغبات والمشاعر المكبوتة أي النفسية كالعقد وأعراض الأمراض النفسية وزلات القلم وهفوات اللسان والحيل الدفاعية اللاشعورية كالكبت والتقمص والإسقاط والعدوان والإنكار والإبدال والإزاحة والعكسية والتبرير.

كذلك الاتجاهات الإنسانية في العلاج، ومنها العلاج المتمركز حول العميل[٣] التي كانت تركز على وعي المريض بحالته، وبناء على هذا الوعي يستطيع المريض أن يتغلب على صعوباته. وكانت هذه المذاهب تؤمن بقدرة الطبيعة البشرية القدرة على الحتمية الذاتية لدرجة أنه لا يلزم إعطاء المريض أية نصائح مباشرة لكي يصل إلى القرارات التي تصل به إلى بر الأمان والشفاء. ولكننا نواجه مفاهيم أخرى في ضوء العلاج السلوكي Behaviour therapy. وإن كان منهج العلاج السلوكي يعتقد أصحابه في أهمية الخبرة المبكرة للمريض، وعلى وجه التحديد الخبرات التعليمية الخاطئة Faulty learning experiences. ويتفق المعالج السلوكي مع المعالج التحليلي في ضرورة جمع كثير من المعلومات عن حياة المريض وتاريخه وخبراته، كما يحاول أن يتعرف على الأعراض Symptoms أو السلوك المشكل، ويتعرف كذلك على مواقف حياة المريض الراهنة التي يمكن أن تكون مرتبطة بهذه الأعراض، بعبارة أدق يسعى للتعرف على المحددات أو العوامل البيئة، والنتائج المترتبة على السلوك الحالي، وما هي البدائل الممكنة التي يمكن تنميتها. وبذلك يضع المعالج برنامجاً خاصاً لمعالجة المريض وتحريره أو تخليصه من أعراضه أو آلامه.

لا يهتم هذا المنهج السلوكي بالعلاقة بين المعالج والمريض أو عمليات مثل عملية التحويل transference. ولكن لا يخلو أي منهج من مناهج العلاج النفسي من وجود علاقة بين المعالج والمريض ونوع من الاتصال[٤] Communication.

ولكن المعالج السلوكي يهتم بتوفير المكافأة أو الجزاء أو التعزيز للمريض Reinforce or ward. أو ما نجح في ضبط أعراضه. وكأن المعالج آلة اجتماعية للتعزيز

---

(٣) يرجع هذا النمط من العلاج النفسي إلى عالم النفس الأمريكي (كارل روجرز) وفيه تترك الحرية للعميل أو المريض لتحديد جلسة العلاج وما يدور فيها من حوار ونقاش وينحصر دور المعالج في تقديم التأييد والتعضيد والفهم والقبول وانعكاس أو ترديد عبارات العميل والكشف عن معانيها النفسية.

(٤) عبد الرحمن العيسوي، العلاج النفسي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية ١٩٩٤.

Social reinforcement machine. بمعنى أنه يطبق المبادىء السلوكية لتحقيق التعديل أو التغيير في مواقف حياة المريض ويقترب المعالج السلوكي في هذا الصدد من الآداء الطبي. ويأخذ أعراض المريض أو شكواه كما هي على وجهها السطحي ولا ينسب لها أية معاني أعمق، فأعراض المريض هي أعراض المريض كما هي، وعلى المعالج أن يساعد المريض، بحيث يتغلب عليها بصورة فاعلة وبصورة تقنية.

وهناك إجراءات عديدة يصعب على المرء حصرها وتستخدم في العلاج السلوكي، ولكن من أظهرها أسلوب سلب الحساسية المنظم، والتدريب التوكيدي «والإنفجار الداخلي»[٥]. يعالج سلب الحساسية حالات الفوبيا والسلوك القهري والقلق. وكان هذا المنهج مؤسساً على أعمال بافلوف وهل، أعتمد ولب في علاج القلق على ما سماه بالكف المتبادل Reciprocal inhibition. على اعتبار أن القلق عبارة عن استجابة لعدد من المثيرات أو عدد من المواقف أو الأشياء، وهي استجابة مضادة لحالة الإسترخاء Relaxation على اعتبار أن الشخص لا يمكن أن يكون قلقاً ومسترخياً في نفس الوقت. وعلى ذلك حاول ولب أن يدرب مرضاه بأن يكونوا في حالة هدوء وإسترخاء في أثناء مشاهدة الأشياء التي يخافون منها، وبذلك يتغلبون على مخاوفهم الشاذة وسوف يؤدي هذا الارتباط بين الإسترخاء والمثير إلى ضعف الرابطة بين القلق والمثير.

وأولى خطوات هذه المعالجة أن يدرب المعالج المريض أن يكون مسترخياً جداً بكل جسمه وعضلاته وأطرافه وحواسه وعقله عن طريق ما يسمى «بإسترخاء العمق» في العضلات. حيث يطلب من المريض أن يحذف أو يزيل أو ينهي حالة التوتر من كل عضو من أعضاء جسمه مبتدأ ذلك بالأيدي ثم الأذرع ثم يمر إلى باقي عضلات الجسم حتى يصل إلى الرجلين والقدمين[٦].

---

(٥) Gallatin, p. 356.

(٦) الاسترخاء من العمليات المفيدة والنافعة لجسم الإنسان وعقله ووظائفه منذ القدم حيث كانت هناك تمارين اليوجا والتأمل الترتسندنتالي ومحاولات الهنود تلك التي تبين أنها تخفض من ارتفاع ضغط الدم وتقلل من حدة الشعور بالقلق.

تعليمات الإسترخاء تمهيداً للعلاج

ومما يقوله المعالج للمريض بغية مساعدته على الوصول إلى حالة الإسترخاء الكلي والتام والعام.

الآن أريد أن تستريح راحة تامة وكاملة على مقعدك. وإذا كنت تشعر بالإسترخاء أكثر في حالة إغماض عينك. فأفعل ذلك. والآن حاول أن تركز بذهنك على أحسن شيء فيه سعادة وفيه إسترخاء تستطيع أن تفكر فيه. ربما يكون الجلوس في مكان هادىء، تقرأ كتاباً، أو تنظر من النافذة التي تطل على بعض الأشجار. الآن، بينما أنت غارق في الإسترخاء، فكر في هذا الشيء أو هذا المنظر السار والمبهج والمريح. أود أنك تقبض قبضة يدك اليسرى بأقصى شدة تستطيعها، واستمر تقبض قبضة يدك. ثم الآن إسترخ وفك قبضة يدك. دع الإسترخاء يسري من أصابعك إلى يدك وسر به إلى ذراعك. أدرس جيداً حالة الإسترخاء هذه وافهمها واستوعبها والآن أعد قبضة يدك اليسرى مرة أخرى بصورة أشد وأشد. . . ثم الآن إسترخ ثانية وأشعر بالراحة من التوتر ومن زوال التوتر وأجعله يسري حتى ذراعك. الآن أريدك أن تفعل نفس الشيء، ولكن باستخدام قبضة يدك اليمن هذه المرة. أقبض بقبضة يدك اليمنى بأشد ما تستطيع، أدرس حالة التوتر هذه tenion ثم إسترخ Relax، وأشعر بالتوتر وهو يزول أو يتلاشى من جسدك وأشعر بالاسترخاء وهو يسري من خلال أصابعك ويدك وذراعك. يمكن أن يمارس المريض هذه التدريبات في منزله.

ويجري المعالج حواراً مع المريض يتناول أعراضه أو شكواه، ثم يقومان معاً ببناء هرم حصري من المثيرات Anxiety hierarch أي وضع قائمة بالأشياء التي تسبب الشعور بالخوف، وكذلك المواقف المفزعة. ويتم وضع هذه المثيرات في تدرج، تبدأ من تلك المثيرات التي تسبب الخوف الخفيف جداً حتى تصل إلى أشد المثيرات إثارة للخوف لدى المريض، وقد تكون هذه القوائم تفصيلية للغاية. ففي حالة مريض كان يخاف من الطيران، وصلت مفردات القائمة إلى ٥٠ مفردة، وتشمل مجرد أخذ القرار بعمل رحلة طيران، وشراء التذاكر للسفر، وعمل تجهزات السفر، والذهاب إلى المطار، وحركات صعود الطائرة، وارتفاعها والطيران ثم الهبوط. وهكذا.

وبالمثل يمكن أن نفكر في الأشياء المرتبطة بالخوف من الكلاب أو الخيول أو

الأفاعي أو العناكب أو الظلام أو المياه الجارية أو النار أو الرعد والبرق أو المدرسة أو الأماكن العالية والواسعة وما إلى ذلك. وبعد أن يصبح المريض قادراً على استرخاء عضلاته بكفاءة، يبدأ في المرور بكل مفردة من مفردات الهرم الحصري، حيث يبدأ المعالج في تطبيق منهج سلب الحساسية المنظم أي فقدان المريض للإحساس بمثيرات الخوف عنده.

بعد أن يخبر المريض المعالج بأنه قد شعر بالاسترخاء التام والكامل والمطلق، يسأله المعالج أن يتخيل منظراً محايداً أي منظر يستخدم للضبط التجريبي، كأن يطلب منه أن يتخيل نفسه نائماً فوق شاطىء البحر في يوم شديد الحرارة. هذا المنظر يمثل الموقف الذي لا يثير الحصر، وهو المنظر الذي يعود إليه المريض للوصول إلى حالة عدم الإحساس وفقدان الإحساس أو سلب الإحساس بالقلق كلما شعر بالقلق. ثم يبدأ المعالج بشرح أبسط المثيرات إثارة للقلق من بين الهرم الحصري. وإذا استطاع المريض وهو الآن في حالة تامة من الاسترخاء، أن يتخيل هذا المنظر دون أن يشعر بالحصر، ينتقل المعالج إلى البند الثاني من الهرم الحصري، باستعراض منظر آخر في خيال المريض. وإذا شعر المريض بالقلق، فإن المعالج يطلب منه أن يعود إلى الموقف الضابط أو إلى الموقف السابق مباشرة، والذي سبق أن مر دون أن يشعر بالحصر. وتستمر عملية سلب الحساسية هذه من بند إلى آخر أو من مثير إلى آخر حتى نهاية القائمة أي أشدها إثارة وأكثرها قوة دون أن تحدث الاستجابة الحصرية.

وإذا كان هذا الأداء يشبه تعريض المريض لحالات من التنويم المغناطيسي، فإن ذلك ليس مستغرباً، فلقد أستعان وولب في محاولاته الأولى بالتنويم المغناطيسي Hypnosis للوصول إلى حالة الاسترخاء والإيحاء، وبعد ذلك اكتشف أن استخدام منهج الاسترخاء العضلي أفضل من استخدام التنويم المغناطيسي[7].

أما منهج التدريب التوكيدي Assertiveness training، فلقد وجد أن الاسترخاء ليس وحده الذي يتعارض مع القلق، فالقلق يتعارض مع التوكيد، فلا يمكن أن يكون

(٧) يشير التنويم المغناطيسي إلى حالة تشبه النوم يكون الإنسان فيها في حالة نعاس ولكنه ليس نائماً نوماً كاملاً بحيث يظل يستقبل المثيرات وصوت المعالج وتعليماته ويستجيب لها كما لو كان في حالة تحدير. والقصد من استخدامه هو التقليل من «مقاومة» المريض ورفضه الإفصاح عن أسراره ومكنونات ذاته.

الإنسان قلقاً وتوكيدياً في نفس الوقت من ذلك حالات الشعور بالخجل والحياء والانسحاب والانزواء والانطواء الاجتماعي في المواقف الاجتماعية، كالشاب الذي لا يجد في نفسه الشجاعة للحديث مع إمرأة، والمرأة قد تشعر بالارتباك أمام الطلبات غير المقعولة التي توجه إليها.

والهدف من العلاج بالتوكيد هو مساعدة المريض وتدريبه لاكتساب المهارات الضرورية لاتقان هذه المهارات الاجتماعية في التعامل مع الناس، وعدم الخوف وعدم الكف أو القمع في المواقف الاجتماعية. ومن أجل تحقيق أهداف العلاج يمارس المعالج منهج لعب الدور Role playing ومنهج التكرار Rehearsal.

ففي حالة رجل يعجز عن مواجهة الطلبات غير المقعولة منه فمثلاً في حالة علاج مثل هذه الحالة: يسأل المعالج المريض قائلاً: أفترض أنت الآن أحد معارفك، وحضرت إليك، وطلبت منك أن استعير سيارتك ماذا تعمل دائماً في مثل هذه الحالة؟ أو ماذا تقول له؟

يقول المريض: حسناً يبدو أنني سوف أقول نعم لا بأس. أنت وافقت على الفور، ولكن الحقيقة أنك لا ترغب في أعارته سيارتك.

ولماذا لا تجرب استجابة أخرى، كأن تقول لهذا الشخص حسناً يا صديقي أنا أود فعلاً أن أعيرك سيارتي، ولكنني احتاجها أنا نفسي،لأنني ذاهب إلى «البلد». وهنا يطلب المعالج من المريض أو العميل أن يكرر أو يعيد هذه العبارة ثانية ثم يأخذان في تجربة هذا الموقف، حيث ينتحل المعالج شخصية صديقه الذي يطلب استعارة السيارة. فيرد العميل عليه بمثل ما دربه المعالج. وهنا يرد عليه المعالج قائلاً: كنت جيداً جداً في محاولتك هذه، كنوع من التغذية(٨) الرجعية أو التعزيز. ولكن هل شعرت بالقلق. فيرد لم أكن قلقاً على الإطلاق.

يشجع المعالج العميل على الواقعية Realism. وبالمثل مع الشاب الذي يشعر

---

(٨) يشير اصطلاح التغذية الرجعية إلى توفير نوع من التعزيز والمكافأة المادية أو المعنوية يتلقاها العميل كلما أجاد في استجابته فتعزز هذا السلوك المرغوب فيه ومن ثم يميل العميل إلى تعلمه وتكراره في المستقبل أو بذل مزيد من الجهد لمزيد من النجاح.

بالخجل الزائد من التعامل مع أفراد الجنس الآخر ولا يستغرق هذا المنهج التوكيدي في العلاج أكثر من بضعة أشهر[٩].

العلاج عن طريق النمذجة أو التقليد Modeling

من بين المناهج الفرعية المستخدمة في العلاج السلوكي ما يعرف بإسم النمذجة أو التقليد والمحاكاة أو تقديم النموذج السلوكي الطيب. ويرجع هذا المنهج إلى عالم النفس البرت باندورا Albert Bandura فلقد استخدمه بصفة أساسية، مع مرضى الفوبيا. ونظريته في تفسير الفوبيا أكثر تعقيداً من نظرية وولب، حيث يعتقد بأن الفوبيا قد تتكون بطريقة مباشرة، بمعنى خلال تجربة صدمية واحدة وذلك بطريقة محيرة أو غامضة. وكذلك كما هو الحال مع الأم التي تخاف من الكلاب، فقد تغرس نفس هذا الخوف في إبنها حتى وإن لم تعبر عن ذلك الخوف صراحة إطلاقاً. الولد يتأمل عقلياً حالة الخوف في داخل أمه. فعندما يقترب الكلب من الأم، فإنها تؤدي بعض الحركات أو الإشارات أو الإيماءات التي تعد مفاتيح بالنسبة للطفل. من ذلك الرعشة أو أصفرار لون وجهها والمشي مسرعة. هذه المفاتيح أو تلك المؤشرات أو الدلالات يقوم الطفل بملاحظتها وبتفسيرها على أنها خوف من ذلك الحيوان. وحيث أن الأطفال يميلون إلى تقليد والديهم دائماً، فإنهم في هذه الحالة، يكونون خوفاً فوبياً من الكلاب مثلهم في ذلك مثل آبائهم. ويعتقد باندورا بأن كلاً من الأم والابن يخافاً من الكلاب لعدم وجود الشعور بالكفاءة الذاتية. يشعران أنهما لا يسيطران على حياتهما عندما يهاجمان من الكلاب. وعلى ذلك، فإن ما تم تعلمه عن طريق المثال يمكن محو تعلمه Unlearning بنفس الطريقة بمعنى منهج النمذجة ولقد أطلق على الطريقة التي يستخدمها في هذا العلاج اصطلاح النمذجة بالمشاركة Participant modeling. وفي هذا المنهج يحضر المريض موقف فيه أفعى مثلاً إذا كان يخاف خوفاً فوبياً من الأفاعي، ثم يقوم المعالج بتناول هذه الأفعى كأن يقترب من قفص الأفعى ويلامسها، مرتدياً قفازاً سميكاً، وتمر هذه العملية بعدة خطوات حتى يتناول الأفعى

---

(٩) Gallatin, p. 358.

ويده عارية تماماً، وذلك بصورة خالية تماماً من الخوف، وبطريقة مريحة للغاية وبعد أن يشاهد المريض المعالج على هذا النحو يقوم بتقليد كل الخطوات. وفي هذه الأثناء يعطيه المعالج جرعات مكثفة من التعضيد الانفعالي أو التشجيع الانفعالي Emotional support على أن يتصرف بأسرع ما يمكن ويترك له الحرية، بأن يعمل ما يشاء، بحيث يجعل الموقف محتملاً وفي نفس الوقت يمتدح بحرارة كل خطوة يخطوها.

ويضيف بعض العلماء بعض التحذيرات لهذا الإجراء، من ذلك ضرورة أن يختار المعالج هذه الحيوانات الأفعى، الكلب، الفأر، من النوع غير الضار ولا يصلح حتى الأفاعي التي تعض، وإن كان عضها غير ضار أو غير سام، لا ينبغي أن تكون من النوع الذي يعض على الإطلاق. كذلك، فإننا إذا أجرينا هذه المعالجة مع الأطفال يجب أن يخبرهم بأن هناك، مع ذلك، أفاعي أخرى في غاية الخطورة[١٠].

العلاج عن طريق «الانفجار الداخلي» Implosion

في الواقع، جميع المعالجين السلوكين يضعون اهتماماً كبيراً على فكرة التعزيز الإيجابي Positive reinforcement، فلا بد وأن يبقى المعالج متعاطفاً ومشجعاً للمريض طوال خطوات العلاج. ومع ذلك، ففي الإمكان محو الفوبيات باستخدام التعزيز السلبي Negative reinforcement كالعقاب، وإن كان العقاب غير مستحب بين أوساط المعالجين على الرغم مما يشاع عنهم بأنهم غير شخصيين Impersonal وأنهم ميكانكيين Mechanistic لكنهم لا يرغبون كثيراً في استخدام منهج العلاج بالتقزز أو النفور أو الإشمئزاز aversive conditioning كأن ندس لمدمن الخمر عقاراً مقيئاً في كأس الخمر يسبب له القذف والتقزز والإشمئزاز وألم القيء. ولكنهم يلجأون إليه كمحاولة أخيرة، ويفضل الاحتفاظ بهذا المنهج لمعالجة الحالات المضطربة جداً أو الصعبة كتلك الاضطرابات التي قد تدمر حياة الإنسان، أو لحماية المجتمع من خطر كبير. ومع ذلك هناك بعض العلماء الذين استخدموا منهجاً عقابياً مع بعض مرضى العصاب النفسي Punitive technique وهو المعروف باصطلاح الانفجار الداخلي Implosion فبدلاً من أن يقوم المعالج بتقديم التأكيدات، يحاول المعالج أن يفزع أو

(١٠) Op. cit., p. 359.

يروع أو يخيف المريض to scare، حيث يتضمن برنامج العلاج جعل المريض يتخيل الموقف أو المثير المخيف بأقصى درجات الشدة والحيوية والقوة وأن يخبر كل الانفعالات التي يثيرها هذا المثير المخيف، حتى يثير المعالج حصر المريض في أقصى درجاته الممكنة عن طريق الاستمرار المتدرج في عرض المواقف المخيفة، حيث يبدأ المعالج بالمثيرات البسيطة ويستمر حتى يصل إلى أقصاها وتستمر الجلسة نحو ٣٠ ـ ٦٠ دقيقة. وتنتهي الجلسات عندما ينخفض الحصر، وبعد ذلك يكلف المريض بأن يعيد تخيل هذه المناظر وحده حتى تنخفض حدة الحصر.

ويلاحظ أن منهج الانفجار الداخلي هذا عكس منهج سلب الحساسية المنظم ولكنهما يؤديان إلى نفس النتائج.

ما هو المنطق العقلاني الذي يكمن وراء هذا المنهج العلاجي؟

عندما يخبر الإنسان، بصورة متكررة، حالة الحصر الشديد دون المعاناة من النتائج الخطيرة، فإن الحصر يتلاشى في النهاية، حيث يتعلم المريض أنه لا يوجد ما يستدعي الخوف.

ولكن في الحقيقة هناك بعض علماء العلاج السلوكي الذين يؤمنون ببعض المفاهيم التحليلية، من ذلك الاعتقاد بفكرة الجمود Fixation بأن أعراض المريض ما هي إلا انعكاسات لصراعات لا شعورية. ولكن هذا المنهج أي الانفجار الداخلي الانفعالي ينطوي على خطورة كبيرة ولا ينبغي استخدامه إلا بعد إجراء المزيد من الدراسات التجريبية للتحقق من جداوه على شرط ألا يمارسه إلا معالج كفء ومؤهل تأهيلاً جيداً[١١].

---

(١١) Op. cit., p. 360.



أضواء على منهج العلاج النفسي السلوكي

* امتداد نشاط العلاج السلوكي.
* العلاج النفسي السلوكي التحليلي.
* الاشتراط التقززي.
* منهج الإحساس الكامن.
* العلاج السلوكي مع الأطفال.

امتداد نشاط العلاج السلوكي

على الرغم من أن مرض الصرع[1] مرض عضوي Epilepsy وتستعمل في علاجه العقاقير وفي قليل من الحالات يلزم استخدام الجراحة في الحالات العنيفة، والتي تتضمن خطراً على المحيطين بالمريض، على الرغم من هذا، إلا أن العلاج السلوكي يصلح لعلاج بعض حالات الصرع ويقصد بالعلاج السلوكي ذلك المنهج العلاجي الذي يعتمد على مبادىء التعلم الشرطي كالتعزيز والكف والانطفاء. من ذلك تطبيق برامج علاجية تقوم على أساس الاشتراط الأدوي Operant conditioning وهو ذلك التشريط الذي ينحدر من أبحاث سكنر وتعتمد على بعض الإجراءات والأدوات من ذلك تقديم المكافآت الظاهرة للمريض. وفي حالة علاج طفله سن ١١ عاماً من مرض الصرع، احتفظ المعلمون بخريطة يصفون فيها الأوقات التي لا تصاب فيها الطفلة بنوبات الصرع Seizure - Free times، وعلى وجه التحديد في أوقات الصباح، الظهر، وبعد الظهر، وتم تشجيع هذه الطفلة، بحيث تتحدث لمعلميها إذا ما شعرت بالقلق إزاء أي موضوع وبذلك أمكن تقديم سلوك بديل أمامها يحل محل النوبة. وكان المعلمون يقدمون لها مكافآت عبارة عن المديح والحلوى كلما نجحت في حماية نفسها من النوبات الصرعية خلال أسبوع مدرسي[2].

---

(١) الصرع مرض عصبي عضوي المنشأ يحدث من وجود تقلصات في المخ ومن أعراضه التشنج وفقدان الوعي وخروج الزبد من فم المريض مع تغيير في لون الجلد وتسيب القولون والمثانة أحياناً.

(٢) Gallatin, J., Abnormal Psychology, Macmillan Publishing Co., N. York. 1982 - p. 192.

ولقد انخفضت نوبات الصرع بشكل ملحوظ وقررت الفتاة أنها أصبحت أقل خوفاً حول حالتها الصرعية هذه.

وهناك مناهج أخرى متعددة يمكن استخدامها في علاج الصرع، من ذلك التغذية الرجعية الحيوية biofeedback[٣] وسلب الحساسية المنظم Systematic desensitization والتنويم المغناطيسي Hypnosis ومنهج وقف أو إيقاف تيار الأفكار.

كأن ندرب المريض أن يقول كلمة «قف» Stop عندما يشعر باقتراب مهاجمة النوبة له. بل إن العلاج النفسي التحليلي الدينامي يصلح في تخفيف حدة مرض الصرع ونوباته.

العلاج النفسي السلوكي التحليلي

في بداية نشأة العلاج السلوكي كان أصحابه يزعمون أنه أكثر فاعلية وجدية في العلاج عن منهج العلاج بالتحليل. وذلك بسبب النقد الذي واجه نظرية التحليل النفسي من غير أنصارها وحالة عدم الرضا التي كانت سائدة بين أنصارها أنفسهم.

ولكن الدراسات الحديثة أكدت أن الأنماط المختلفة من العلاج لا تختلف كثيراً في نتائجها.

وللتحقق من الأثر النسبي لأنواع معينة من المعالجات، أجرى سلوون Sloane وزملاؤه دراسة على ٩٠ مريضاً في مستشفى جامعة تمبل من العيادة الخارجية تم تقسيمهم إلى ثلاث مجموعات فرعية:

١ ـ المجموعة الأولى خصصت للمعالجة وفقاً لمنهج التحليل النفسي.

٢ ـ المجموعة الثانية خصصت للمعالجة وفقاً لمنهج العلاج السلوكي.

٣ ـ المجموعة الثالثة وضعت في قائمة الانتظار أي لم تتلق بعد أية معالجة.

وكان هناك عدد من المعالجين، بحيث اختص كل معالج بعشرة من المرضى

---

(٣) التغذية الرجعية البيولوجية ضرب من التعزيز الذي يعقب استجابات الفرد الناجحة.

وكان المعالجون جميعاً من أرباب الخبرة الممتازة في مجال العلاج. من بين هؤلاء المعالجين أرنولد لازارنوس وجوزيف ولب Arnold Lazarus and Joseph Wolpe واستمر تقديم المعالجة لهؤلاء المرضى لمدة أربعة شهور. وكان مساعد المعالج يتصل بهم تليفونياً كل أسبوعين للإطمئنان على حالاتهم. وبعد أنتهاء المعالجة تم تقويم المرضى واستجوابهم ومعهم المجموعة الضابطة التي لم تتلق أية معالجات ولكنها كانت متساوية مع أفراد المجموعات الأخرى. كذلك تم الاتصال بواحد من أقارب كل مريض لمعرفة رأيه في مدى تحسن قريبه المريض. ودلت النتائج على أن المجموعتين اللتين تلقيا العلاج كانت أفضل من المجموعة الضابطة التي ظلت طوال الشهور الأربعة في حالة انتظار دورها في تلقي المعالجة وكانت نتائج المعالجة السلوكية أفضل قليلاً ولكن الفرق الملاحظ لم يصل إلى حد الدلالة الإحصائية.

الاشتراط التقززي

من بين المناهج الفرعية في العلاج السلوكي العلاج عن طريق التنفير أو الكراهية أو التقزز أو النفور Aversive أي عن طريق الاشتراط التقززي Aversive Conditioning.

ويستخدم هذا النمط من العلاج النفسي السلوكي في حالات إدمان الخمور Alco - hobis. ولكن علماء النفس يتحفظون ويترددون في استخدام العقاب في العلاج النفسي أو التقزز أو النفور والكراهية. ذلك لأن من إخلاقيات العلاج النفسي المحافظة على والتمسك بالقيم الأخلاقية، فلا نؤذي مشاعر المريض ولا نحدث له ألماً. وعلى ذلك لا يستخدم هذا المنهج إلا كمحاولة أخيرة، عندما تعجز المناهج الأخرى عن تحقيق الشفاء للمريض. ولكن النظرة للإدمان على أنه تهديد لحياة المريض، وأهله، وأنه اضطراب مدمر، وأنه من الصعب التغلب عليه تجعلنا نقبل استخدام العقاب أ التقزز في علاجه[٤].

فهناك دواء معروف لدى الأطباء البشريين ويستخدمونه أحياناً يعرف بإسم

---

(٤) عبد الرحمن العيسوي، العلاج النفسي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٩٤.

Disulfiram وتعاطيه يجعل المدمن مريضاً جداً إذا ما تعاطى أية كمية صغيرة من الخمر. ويمكن إعطاء الخمر للمدمن ومعه صدمة كهربائية، بحيث يصبح مثيراً مقززاً Aversive Stimulus.

ومن بين هذه المناهج ما يعرف بإسم منهج الإحساس الكامن Covert Sensitzation ويعتمد على خيالات المريض نفسه. حيث يطلب من المريض أن يتخيل أنه يسير ذاهباً إلى الحانة، وأنه يطلب كوباً من الخمر، وأنه أصبح مريضاً جداً. ويتخيل المريض أنه استفرغ أو تقيء، وأن القيء سقط في كوب البيرة، وعلى جدرانها وأن ألقيءَ بدأ يطفو فوق البيرة، وأنت الآن تنظر إلى قدح البيرة بهذا الشكل الباعث على التقزز والقرف، لأنك ترى قيئك مختلطاً بالبيرة. وأنت تشعر بأن حالتك تسوء وتسوء أكثر فأكثر، وأنت واقف أمام البار، وأنت تمسك بالقدح وتهزه بما فيه. والآن بدأت تشعر بالقرفه أزيد وأزيد وهي تنبع من داخلك من المعدة. وبدأت تشعر بتغير في المذاق وأن طعم المرارة بدأ يصل إلى لسانك وأنت الآن لونك أصفر وأخذت حالتك في الضعف والضعف وأخذك المرض والمرض والقرف. . . .

والآن تشعر أنه يكفي هذا، وأن هذا يجب أن يتوقف، فتعود جارياً خارج الحانة، وما إن تخرج في الخارج حتى تشعر بالتحسن، تشعر بشعور أو بحس الاسترخاء، إحساس بالراحة Relief، أنه لخير لك أن تظل بعيداً عن البيرة، أنه خير لك أن تظل بعيداً عن القرف والمرض.

ويلاحظ أن هذا المنهج أفضل من المناهج الأخرى في العلاج السلوكي، تلك التي تسبب بطريقة مكشوفة وظاهرة الألم للمريض من جراء الاشتراط التقززي لأن هذا المنهج أقل إزعاجاً من الناحية الإخلاقية. لم يجعل المعالج المريض مريضاً فعلاً ولم يعرضه للألم الفعلي. هذا المنهج لا يحتاج إلى أجهزة خاصة وما إن يتعلمه المريض حتى يستطيع أن يمارسه بمفرده والمفروض أن يمارسه بمفرده منذ البداية.

وبدلاً من إتباع منهج واحد، يميل بعض علماء النفس، في الوقت الراهن، إلى استخدام عدة مناهج مشتركة وذلك في إطار العلاج السلوكي Multimodal behavioural therapy من ذلك البرامج التي تدمج بين أساليب التعلم الشرطي التقليدية وبعض المناهج الجديدة كالعلاج المعرفي

Cognitive teach iques، ففي خلال الجلستين الأولتين من جلسات العلاج سمح لمدمن الخمر بالشرب حتى تم سكرهم تماماً، ثم أجريت معهم مقابلة وتم تسجيل الموقف كله للإستفادة منه فيما بعد. وفي الجلسة الثالثة قابلهم المعالج وشرح لهم خطة العلاج. وفي الجلستين الرابعة والخامسة استمع المرضى لشريط التسجيل ذلك التسجيل الذي تم لهم وهم في حالة سكر تام، وفي الجلسة السادسة يطلب منهم المعالج إكمال عمل صعب التنفيذ. فيشعرون بالفشل والإحباط ويعقد المعالج معهم مناقشة يشرح لهم كيف كانت استجاباتهم، ويشرح لهم بعض الطرق الأكثر بنائية للتغلب على فشلهم. وخلال العشر جلسات التالية من السابعة حتى السادسة عشر يدخل المرضى مرحلة ضبط المثير Stimulus Control في البرامج. ويجلسون في غرفة فيها المشروب متاح لمن يشاء. وعندما يتصرفون بحرية ودون إنضباط ويتناولون الشرب، تعرضوا لصدمة كهربائية. وعندما كانوا يضبطون أنفسهم ويقيدون رغبتهم، كان يسمح لهم بشرب كمية بسيطة من الكحول. وتم تسجيل حالاتهم في أثناء الجلسة ١٦ ثم عرض لهم فيلم سينمائي لهم وهم تحت التأثير في الجلسات الأولى والثانية.

ويلاحظ أن هذا المنهج لا يمنع المرضى كلية من الشراب. وكان الهدف ضبط عادة الشرب. ولكن الهدف النهائي هو منع المدمن من العودة للشرب طوال حياته وهذا هو الهدف الذي يقره معظم العلماء(٥).

على أن التشريط قد يحدث تلقائياً بعيداً عن جو المعمل أو المختبر من ذلك أن ممارسة الفرد للجنس لأول مرة إذا كانت مقززة، فيحدث له ما يشبه التشريط التقززي بنفس الطريقة التي تتكون من خلالها الفوبيات أي المخاوف الشاذة. فإذا تعرض الإنسان للصدمة على هذا النحو فقد يصعب عليه التمتع بالإشباع الجنسي فيما بعد. فالتجارب المبكرة في حياة الإنسان تترك بصماتها في حياته المقبلة. وقد يصاب بالعجز أو الضعف الجنسي فيما بعد. Impotent وقد تظل حالة الضعف هذه لفترات طويلة، ويظل المريض قلقاً حول قدرته الجنسية. وخاصةً تجارب العبث التي قد تحدث في مرحلة المراهقة. وهناك برامج تعد لعلاج أصحاب الضعف أو الصعوبات

---

(٥) Gallatin, p. 445.

الجنسية للمتزوجين عن طريق تخليصهم من الصراعات الانفعالية العميقة وفي الغالب ما يستمر برنامج العلاج لمدة أسبوعين. وبالطبع يبدأ العلاج بإجراء فحوص طبية جسمية متعمقة جداً للتأكد من خلو المرضى من العلل العضوية التي قد تؤدي إلى الضعف الجنسي. ويساعد المعالج رجل وإمرأة تم تدريبهما بدقة، يقومان بشرح تفاصيل البرنامج للمريض والمريضة بكل دقة، ويطلب منهما أن يمارسا هذا التدريب وحدهما. كما يحضر المرضى جلسات للإرشاد النفسي للتغلب على أية صعوبة تظهر ولضمان استمرار التقدم. ويتم تشجيع المرضى للتعرف على أية صراعات تكون عائقاً بينهم وذلك للقضاء على الكف الجنسي هذا. وفي هذه الحالات يفترض أن القلق هو الذي يعرقل النشاط الجنسي السوي، ولذلك يتم إرشادهم للتخلص من هذا القلق أو الضغط[٦].

وينقلنا هذا التحليل إلى نقطة بالغة الأهمية وهي علاج اضطرابات الأطفال تبعاً لمنهج العلاج السلوكي.

العلاج السلوكي مع الأطفال

لقد حاول علماء النفس السلوكي ابتكار مناهج لعلاج اضطرابات الأطفال باستخدام تقنيات العلاج السلوكي من ذلك منهج سلب الحساسية المنظم Systemic desensitization ويتضمن هذا العلاج التعرف على المثيرات والمواقف والأحداث التي تثير القلق أو الخوف في الطفل، ثم وضع هذه المثيرات في قائمة على شكل هرمي متدرج Hierarchy تبدأ بأبسط المثيرات قدرة على إثارة خوف الطفل، ومنتهية بأكثرها إثارة للقلق والخوف الفوبي في نفس الطفل.

وعن طريق المناقشة الرقيقة مع الطفل يتعرف المعالج على القدوة أو المثال الطيب الذي يتخذه الطفل، وتلك الشخصية في الغالب ما تستمد من المذياع أو السينما أو الأدب أو في خياله الخاص ويتعرف على رغبات الطفل، ومن يرغب الطفل في التوحد وإياه أو من خياله الخاص ويتعرف على رغبات الطفل.

---

(٦) Op. cit., p. 481.

ويطلب المعالج من الطفل أن يغلق عينيه ثم يبدأ المعالج يقص على الطفل قصة على شرط أن تكون قريبة من حياة الطفل اليومية وتتضمن هذه القصة شخصية البطل الذي يحبه الطفل ويرغب في التوحد معه، ويمثل هذا البطل الشخصية الرئيسة في القصة. وعندما يصبح الطفل مسترخياً ومستغرقاً في القصة، عندئذٍ يبدأ المعالج في عرض أول مثير من مثيرات الخوف في القائمة المتدرجة لمثيرات الخوف ويدخلها في القصة. ويطلب المعالج من الطفل أنه إذا ما شعر بالقلق عليه أن يرفع أصبعه مشيراً إلى ذلك.

إذا شعر بالخوف أو القلق أو عدم السعادة أو عدم الراحة، فما عليه إلا أن يرفع أصبعه وعند رؤية هذه الإشارة يسحب المعالج المفردة المزعجة من القصة، ثم يشجع الصغير على الاسترخاء مرة أخرى.

ويستمر هذا العرض حتى يفقد الطفل تماماً الشعور أو الإحساس بالخوف من تلك المثيرات المخيفة أو المقلقة. كذلك نجحت برامج أخرى في وقف عادة التبول اللاإرادي في الأطفال Enuresis أي عادة بل الفراش.

ومنذ وقت مبكر يرجع إلى الثلاثينات من هذا القرن، ظهرت محاولات لعلاج التبول اللاإرادي، وذلك بوضع وسادة مكهربة في مخدع الطفل. هذه الوسادة تصدر صوتاً عالياً أو إنذاراً أو جرساً، إذا ما أصابها البلل من بوال الطفل وعلى الآباء أن يضحوا بقدر من نومهم في سبيل شفاء أطفالهم من عادة التبول اللاإرادي. ويربط جهاز الإنذار هذا بسرير الطفل، ويشرح الطبيب للأسرة ما ينبغي أن يحدث طوال الليل. وينصح الطفل بعدم شرب ماء أو سوائل كثيرة قبل النوم مباشرة، ويتم إيقاظه كل ساعة لتفريغ مثانته، ويمتدح الطفل كلما نجح وذهب للتبول في كل ساعة زمنية. وفي كل مرة يفشل الطفل في الاستيقاظ ويبل فراشه، عليه أن يقوم بتغيير الملاءات وإعادة فرش السرير بنفسه عدة مرات كنوع من العقاب له. ويقصد بهذا البرنامج الربط بين ملء المثانة والإستيقاظ لتفريغها.

---

(٧) Op. cit., p. 713.



الفصل الثاني عشر

منهج العلاج السلوكي
للأمراض النفسية

* إزدياد أهمية العلاج النفسي الحديث.
* تنوع مناهج العلاج النفسي الحديث.
* العلاج السلوكي.
* اتجاهات العلاج السلوكي.
* كيف نخفض حدة مشاعر القلق؟
* الاسترخاء.

إزدياد أهمية العلاج النفسي الحديث

كلما زاد التقدم الحضاري الحديث، كلما زادت الحاجة إلى المعالجات والوقائيات النفسية، ذلك لأن الإنسان يزداد حساسية للمؤثرات البيئية والوراثية التي تسقط عليه وتثقل كأهله وتضغط على ذهنه وتجعله مكدوداً أو مهموماً.

حضارة العصر، بالرغم مما أحرزته من تقدم علمي وتقني، إلا أنها لم تستطع أن تحل مشكلة الإنسان، بل إنها وضعت ضغوطاً شديدة على قواه النفسية. فهناك الحروب الباردة والساخنة، والتهديد بالحرب وبالدمار وبخراب العالم، وهناك المنازعات المحلية والإقليمية والعالمية، وإضافة إلى ذلك هناك روح المنافسة الشديدة، والصراع من أجل الحياة، وعلاوة على ذلك، يمتاز إنسان العصر، ولا سيما فئة الشباب، بارتفاع مستوى الطموح عندهم بما يفوق مستوى اقتدارهم أو ما لديهم من قدرات واستعدادات وإمكانات. فضلاً عما يمتاز به العصر من التخصص الدقيق، وما يلقى به من أعباء على ذهن الشاب حتى يستطيع أن يكسب رزقه. فنحن نعيش عصر الانفجار المعرفي، ويلقى ذلك بكميات هائلة من المعلومات المتزايدة على ذهن الفرد، ويصبح عليه أن يلم بها، وما أن يلم بعدد من الحقائق أو النظريات أو أساليب الحياة، إلا ويعتريها التغيير الذي يسير بخطي متلاحقة السرعة، ولذلك وجبت رعاية الإنسان نفسياً وعقلياً واجتماعياً وجسمياً وروحياً أو دينياً للمحافظة على توازنه وتكامل عناصر شخصيته، وحتى يتمتع بالسواء والتكيف النفسي والاجتماعي والمهني والأسري والصحي، التكيف مع الذات[1] ومع الغير. هذه الظروف الحضارية التي

---

(١) عبد الرحمن العيسوي، أمراض العصر، الأمراض العقلية والنفسية والسيكوسوماتية، دار المعرفة الجامعية، بالإسكندرية، ١٩٨٨.

توصف «بالقلق» تؤدي إلى زيادة انتشار الاضطرابات العقلية والنفسية والنفسجسمية أو السيكوسوماتية والإخلاقية وبالتالي، تدعو لضرورة الحاجة إلى علاجها بل والوقاية منها، على اعتبار أن الوقاية خير من العلاج، وإن كنا لا ينبغي أن ننسى أن من بين الأسباب القوية لاضطراب إنسان العصر البعد عن حظيرة الدين والإيمان القلبي الراسخ والتقوى والورع والخشوع والرحمة والمودة والسكينة والبر والإحسان والتعاون والأخاء والتكافل والتضامن والتساند، والتمسك بمبادىء أسلامنا الحنيف ومثله العليا وفلسفته في الحياة الدنيا والآخرة، والالتزام والتوسط والاعتدال والتعفف والقناعة والزهد، وفي نفس الوقت النضال والكفاح والسعي الموصول، والعمل الجاد، والمرابطة والدفاع عن كلمة الحق وإعلاء شأن الدين الإسلامي الحنيف[٢].

العلاج النفسي من ثمار العصر وتقنياته، ولذلك لا بد من الإستفادة منه، وتوسيع قاعدة تطبيقه، وتوفيره لكل من يرغب فيه أو يحتاج إليه، وهو ثمرة من ثمار العلم، وإسلامنا الحنيف يدعونا للاهتمام بالعلم والتفكير والتدبر والتأمل والتبصر والتعقل والأخذ به.

هذا النشاط العلمي والمهني والفني أي العلاج له أساليب ومناهج مختلفة من أحدثها وأكثرها شيوعاً وتطبيقاً «منهج العلاج السلوكي» وهو من المناهج العلمية والمهنية الهامة التي يتعين المام القارىء العربي الكريم بها، ومعرفة المثقف العربي بأصول هذا المنهج ومبادئه[٣].

---

(٢) عبد الرحمن العيسوي، الإسلام والعلاج النفسي، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان، ١٩٨٦ م.
(٣) عبد الرحمن العيسوي، العلاج النفسي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٩٤ م.

تنوع مناهج العلاج النفسي الحديث

لقد اتسعت آفاق الخدمات النفسية التي تقدم للأفراد في المجتمعات المتقدمة، وتنوعت هذه المناهج، فهناك العلاج عن طريق منهج التحليل النفسي، ويستهدف سبر أغوار الذات الإنسانية، واكتشاف أعماقها والغـوص في باطنها والانتقال من منطقة الشعور والوعي والإدراك، إلى منطقة اللاشعور، وهي منطقة مجهولة في الإنسان وغير مرتادة، تحتوي على العديد من العقد والصراعات والدوافع والميول والرغبات المكبوتة أي المنسية، والتي تعمل عملها في تكيف الفرد أو إعاقة هذا التكيف.

وهناك العلاج النفسي الجماعي، في مقابل العلاج النفسي الفردي، وهناك منهج كارل روجزر عالم النفس الأمريكي، والمعروف بإسم «العلاج النفسي المتمركز حول العميل»، وفيه يتولى العميل، وليس الطبيب، إدارة جلسات العلاج، ويقتصر دور الطبيب على الاستماع أو الانصات والتقبل والفهم ومساعدة العميل على فهم حالته واستبصارها، فهماً موضوعياً وواقعياً، وهناك العلاج النفسي المتمركز حول الطبيب، حيث يتولى المعالج إدارة جلسة العلاج ويوجهها، وهناك ما يعرف بإسم «العلاج الجشطالتي» و «علاج البيئة أو المحيط» الذي يوجد فيه المريض، وهناك العلاج الأسري وهناك العلاج بالعمل وبالموسيقى وبالتمثيل أو ما يعرف بإسم «السيكودراما» والعلاج بالماء وبالكتب وما إلى ذلك من ألوان المعالجات التي ابتكرها علماء النفس لعلاج أصحاب الاضطرابات والصعوبات العقلية والنفسية والإخلاقية والنفسجسمية. من أظهر هذه المناهج منهج العلاج السلوكي فما هي أهداف هذا العلاج ومبادئه وتقنياته؟

العلاج السلوكي

يستهدف العلاج السلوكي، كغيره من ألوان العلاج الأخرى، إعادة المريض إلى حظيرة التكيف والسواء والتمتع بالصحة العقلية والنفسية، وتحريره مما يعانيه من الأزمات والآلام والتوترات والصراعات، وغير ذلك من الأعراض والتخفيف من وطأة الآلام النفسية الناجمة عن المرض النفسي أو العقلي. أما العلاج السلوكي بالذات، فإنه وصولاً لهذه الغايات، يتخذ عدة إجراءات أو خطوات علاجية.

في بداية نشأة العلاج السلوكي كان يعرف هذا النمط من العلاج بأنه ذلك المنهج الذي يقوم على أساس تطبيق قوانين التعلم المستقرة. Established laws of learning (p. 385)[٤] أو هو ذلك المنهج العلمي القائم على أساس من نظريات التعلم الحديثة، Modern learning theories، ولكن في الآونة الأخيرة أصبح العلاج السلوكي أكثر اتساعاً.

منهج العلاج السلوكي behaviour therapy هو ذلك المنهج الذي يركز فيه المعالج في الغالب، على الأعراض Symptoms. التي يعاني منها المريض أكثر من تركيزه على الصراعات الداخلية أو اللاشعورية أو الأسباب التي تكمن وراء الأعراض، ويستهدف هذا المنهج راحة المريض من أعراضه بأسرع ما يمكن[٥] (Gallatin G - 5).

وينحدر هذا المنهج من التجارب المختبرية ومن مبادىء التعلم ومبادىء تعديل السلوك أو تغيير السلوك، ويقصد هنا السلوك المرضي أو المعتل ويقوم هذا المنهج في العلاج على فرضية مؤداها أن الأمراض النفسية أي الأعصبة النفسية عبارة عن عادات سلوكية متعلمة أو مكتسبة، ومن ثم يكمن علاجها في محو أو إزالة هذا التعلم. وإذا كانت هذه السلوكيات الخاطئة قد تعلمها الإنسان عن طريق التعلم الشرطي أو التشريط أو الاقتران الشرطي، فإننا نقوم بعملية «تشريط مضاد» بحيث نزيل من خبرة الإنسان ما تعلمه عن طريق الخطأ. وتكون لديه عادات أخرى طيبة ومن ذلك أن الطفل المصاب بفوبيا الظلام أي خوَّاف أو رهَّاب الظلام قد تعلم هذا العرض ولم يتعلم السلوك السوي إزاء مجابهة الظلام. وهكذا بالنسبة لبقية الفوبيات أو المخاوف الشاذة وغير المعقولة.

لقد اتسع مفهوم العلاج السلوكي وتعددت مناهجه، فهناك بعض العمليات التي تقع ضمن هذا المفهوم مثل العلاج بالنفور أو التقزز أو الكراهية aversion أو فقدان

---

(٤) Garfield, S, and, Bergin, A. E., Handbook of psychotherapy and behaviour change John, wiley and sons, N. Y 1986, p. 385

(٥) Galltin, J. Abnormal psychology, Macmillan, N. Y, 19 p. G. 5.

الحساسية المنظم Systematic desensitization ولم يعد مقبولاً أنها تعتمد اعتماداً كلياً على نظريات التعلم وحدها. فالتراث التجريبي لم يعد يؤيد هذا الادعاء، حيث تتدخل عوامل أخرى كالعامل المعرفي أو عامل التوقع، وتلعب دوراً هاماً في عملية العلاج. وهناك من يعتمد، في تفسير هذا النمط. من العلاج، على عمليات التأمل أو على مفاهيم التأمل Mediational Concepts.

ولقد أدى هذا التطور إلى ظهور مدرسة جديدة من مدارس العلاج السلوكي كالعلاج المعرفي السلوكي Cognitive - behaviour therapy. وصدرت دوريتان لهذا الإتجاه هما Journal of cognivitive psychotherapy ودورية العلاج المعرفي والبحث Cognitive therapy and Research.

والآن يمكن تمييز أربعة اتجاهات في العلاج السلوكي:

١ ـ الاتجاه الذي لا يزال ينظر للعلاج السلوكي على أنه عبارة عن تطبيق لنظريات التعلم.
٢ ـ الاتجاه الذي يرتكز على عملية التفكير أو التأمل.
٣ ـ الاتجاه التوفيقي بين عدد من المناهج.
٤ ـ الاتجاه التجريبي الأكلينيكي العلاجي.

المنهج الأخير يجري الدراسات معتمداً على حالات مرضية حقيقية من المرضى للتعرف على مدى فاعلية العلاج السلوكي، ويتوقف هذا الاتجاه على فكرة المنهجية أكثر من الاعتماد على النظريات.

لا بد من التحقق التجريبي من صحة المعالجة، ومعرفة مدى الوصول إلى أهدافها، التحقق التجريبي الفعلي على مرضى حقيقيين، وليس على حالات سوية كانت في الغالب من بين الطلاب الأصحاء. ذلك لأن هناك كثيراً من علماء النفس الذين يتشككون في قبول النتائج المستمدة من تجارب علاجية تجري على الأسوياء، ويشكون في صحة تعميم هذه النتائج وتطبيقها على المرضى الحقيقيين، ولكن أضعف الإيمان يمكن قبول مثل هذه النتائج إذا كانت عينة الدراسات تعاني، ولو معاناة خفيفة، من القلق أو الاكتئاب. ذلك لأن المريض الحقيقي سوف يختلف عن زميله

السوي في مقدار الدافعية والرغبة في تلقي المعالجة وفي مبلغ المعاناة والألم. كذلك فإنهما يختلفان من حيث الحالة الصحية أو المرضية psychopathology. من هذه الاضطرابات التي يمكن علاجها عن طريق منهج العلاج السلوكي القلق والاكتئاب وتوهم المرض والوسواس/ القهري والهستيريا والمخاوف الشاذة أو اللامعقولة، كالخوف من الأماكن الواسعة والضيقة والعالية والخوف الشاذ من المياه الجارية ومن رؤية الدم والنار، والخوف من الحيوانات والحشرات والجراثيم والأقذار والأشياء الحادة. تلك المخاوف التي تختلف في شدتها أو كثافتها من حالة لأخرى. ويستخدم منهج العلاج السلوكي في العلاج بصورة فاعلة مع حالات القلق أو الحصر، والاكتئاب وإدمان الكحول، والشذوذ الجنسي والاضطرابات الزواجية، والمخاوف الشاذة كالخوف من الظلام أو من الكلاب أو من العناكب.

والعلاج السلوكي يقع ضمن نشاط علمي أكثر اتساعاً من علاج الأمراض والاضطرابات، وهو تعديل سلوك الإنسان، وبالطبع يتضمن هذا النشاط تعديله إلى الأفضل وإلى الأحسن.

كيف نخفض حدة مشاعر القلق؟

لقد شهدت المائة والعشرين عاماً الماضية عدداً من المحاولات لخفض حدة القلق لدى المرضى، من هذه المحاولات استخدام منهج سلب الحساسية المنظم أو إلغاء حساسية المريض للمثيرات التي كانت تسبب له الشعور بالقلق كالخوف من الظلام أو من الحيوانات، وذلك بصورة منظمة، أو الأكثار من ممارسة العادة السلبية حتى تتحول من كونها عادةً لا إرادية إلى عادة إرادية ومن ثم يستطيع المريض أن يتحكم فيها، أو الأكثار من القيام بالنشاط السلبي حتى يكرهه الفرد ويكف عنه، واستخدام التعزيز أو المكافأة كلما نجح المريض في الإتيان بالسلوك السوي المرغوب فيه.

المبدأ العام في معظم المعالجات السلوكية هو تعريض المريض لمثير مزعج أو مخيف أو مثير يسبب القلق، كالطفل الذي يخاف من الكلاب مثلاً، يتعرض تحت ظروف المعالجة، «الصورة» كلب أو لتمثال لكلب أو لكلب محنط أو كلب لعبة، وهو

تحت ظروف تامة من الاسترخاء والراحة، أو حتى مجرد تكليفه بأن يستدعي صورة كلب في مخيلته أو يتخيل أنه يرى كلباً الآن، أو أنه يرى بالفعل المثير الذي يسبب الخوف، ولكنه يراه في حالة كبيرة من الضعف، كأن تكون مجرد صورة لكلب أو للأفعى التي يخافها المريض خوفاً شاذاً. ومن الواضح أن مشاهدة المثير في الواقع أكثر فاعلية من رؤيته فقط في الخيال. الفترة الزمنية التي يتعرض فيها المريض للمثير المخيف قد يحددها المعالج وقد نترك للمريض نفسه ليحددها فإذا ما وجد المريض أن انفعالات الخوف أخذت تفيض وتزداد، فإنه يفيق من حالة استعراض المثير في خياله. في حالة استخدام منهج سلب أو فقدان الحساسية للمثيرات المخيفة، لا بد من تدريب المريض أولاً على ممارسة «الاسترخاء» العقلي والنفسي والعصبي والعضلي، واسترخاء كل جسمه، ولا يرى المثير المزعج إلا وهو في حالة تامة من الاسترخاء والراحة على اعتبار أن حالة الاسترخاء هي ضد حالة القلق والتوتر والشد. ومن العوامل المساعدة في هذا النمط من العلاج، قيام المعالج بأداء النشاط المطلوب أمام المريض لتعليمه كيفية آدائه أو قيام شخص آخر بهذا الآداء التمثيلي أو التوضيحي، وخاصةً في المواقف المثيرة للقلق. وبالطبع لا ينبغي أن تكون هناك عوامل أخرى مشتته لإنتباه المريض أثناء عرض المثير المخيف. وإذا كانت المشاهدة الفعلية أفضل من استعراض المريض المثير أو الموقف المخيف في خياله، إلا أن هناك حالات يصعب فيها هذا الاستعراض الواقعي، ولا بد فيها من الاعتماد على الخيال من ذلك علاج فوبيا أي الخوف الشاذ من الرعد والبرق أو الزلزال والبراكين. والخوف من جثث الموتى.

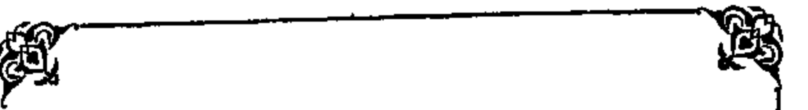
← وفيما يلي أهم ما أسفرت عنه أحدث الدراسات في مجال علاج فوبيا الخلاء أو الخوف اللامعقول أو اللامنطقي من الخلاء أو من الأماكن الواسعة أو المفتوحة أو الفسيحة. فلقد وجد أن الاستعراض المطول للموقف المخيف في الأحوال الواقعية أفضل من الاستعراض الخيالي. كذلك وجد أن الاستعراض القصير الأمد. كذلك وجد أن الاستعراض الجماعي يتساوى مع الاستعراض الفردي، وإن كان الاستعراض أمام عدد كبير من المرضى ما يزال له فائدة الاقتصاد في وقت الطبيب المعالج وجهده. ولقد تبين أن العلاج الجماعي يصبح أكثر فاعلية في حالة الجماعات العلاجية المتماسكة عنه مع الجماعات المفككة.

كذلك دلت البحوث الحديثة، في هذا الصدد، أنه ليس من الضروري وصول المريض إلى الشعور بالقلق أو الحصر لكي يتم الشفاء وهو في حالة مشاهدة الموقف المثير للخوف، حيث يمكن إعطاء عقار مهدىء لمجموعة من المرضى ويؤدي ذلك إلى نفس الدرجة من التحسن أو الشفاء. كذلك تبين أن الممارسات المتكررة المتلاحقة أفضل عن الممارسات المتباعدة أي تباعد جلسات العلاج. فالجلسات اليومية أفضل من الجلسات الأسبوعية أو المتباعدة بفاصل زمني قدره أسبوع، ذلك لأن الممارسة المتكررة أو المتصلة لا تعطي فرصة أمام تعرض المريض للمثير المخيف بين الجلسات. كذلك تبين أنه يمكن وضع برنامج ذاتي للمعالجة، حيث يقوم المريض بنفسه بالممارسات التي تؤدي إلى الشفاء. حيث يقوم المريض نفسه ببعض التمرينات، ويقوم أيضاً بملاحظة نفسه وتسجيل نتائج محاولاته وعرضها بعد ذلك على المعالج. ولقد تطور هذا الأسلوب الجديد بإدخال زوجة المريض للقيام بدور الملاحظ.

ولقد كشفت الدراسات أن نتائج هذا النمط من العلاج النفسي تستمر لفترات طويلة.

ويمتاز العلاج السلوكي، عن العلاج بالتحليل النفسي، بأنه يهاجم الأعراض مباشرة، ولا يتغلغل في كيان الإنسان وفي شخصيته وأنه لا يستغرق وقتاً أو جهداً طويلاً وليست له أية آثار جانبية.





الفصل الثالث عشر

العلاج النفسي البيئي

* أهمية البيئة ومفهومها.
* قدرة الإنسان على تغيير البيئة وتعديلها.
* طرق علاج التخلف العقلي.
* تداول البيئة.
* وقاية البيئة.
* مستويات التخلف العقلي.
* المجتمع العلاجي.

أهمية البيئة ومفهومها

منذ أقدم العصور، والإنسان يحاول أن يغير من مظاهر البيئة المادية والاجتماعية المحيطة به، بحيث تصبح أكثر مواءمة له، وأكثر تحقيقاً لأهدافه، وإشباعاً لحاجاته الجسمية والاجتماعية والنفسية والروحية، وبحيث تصبح أكثر أمناً وسلاماً عليه وأكثر جلباً لسعادته ورفاهته. والبيئة تشمل كل ما يحيط بالإنسان، وما يقع على حواسه من مؤثرات، ويمكن تمييز شقين من البيئة، أحدهما مادي أو جغرافي أو فيزيقي، ويشمل الظروف المناخية والطقس والتضاريس، .والموقع، والسطح والعمران والبحار والمحيطات والأنهار... إلخ، والثاني يشمل البيئة الاجتماعية، وتتضمن، بدورها، كافة الجماعات البشرية التي ينخرط في وسطها الإنسان، ومن أخصها جماعة الأسرة، والأصدقاء ورفقاء العمل والجيرة، وإلى جانب ذلك هناك النظم والقوانين والقواعد والمثل والمعايير والأعراف والقيم والعادات والتقاليد وأنماط السلوك، والحرف والعلوم والدين واللغة والتراث وكل مظاهر الثقافة. والبيئة، بشقيها، تؤثر وتتأثر بالإنسان فهي تؤثر في سلوكه وفي نموه وفي شخصيته وفي قدراته واستعداداته وميوله واتجاهاته وآرائه وأفكاره وسمات شخصيته وخصاله.

قدرة الإنسان على تغيير البيئة وتعديلها

والإنسان قادر على تداول البيئة manipulation of environment منذ خروج آدم وحواء من جنة عدن، إلى قضاء شهر على شواطىء ميامي في الولايات المتحدة الأمريكية، وتغيير البيئة أو تعديلها يقع ضمن محاولات تعديل سلوك الإنسان. فتعديل البيئة يساعد على تعديل سلوك الإنسان، والحالات التي يفشل فيها تعديل البيئة في

تعديل السلوك ترجع إلى عدم قيام هذا التعديل على أسس علمية، والاكتفاء بالاعتقاد بأن التغيير يقود إلى الأفضل دائماً The changewill do you good.

ويحتاج هذا التعديل إلى الخبرة والدراية والمران، بحيث يتفق مع حاجات الأفراد المطلوب تعديل سلوكهم ويتمشى مع قيم المجتمع ومثله العليا ومبادئه.. لا شك أن سلوك الإنسان يتحدد بالمتغيرات الموجودة في بيئته أي البيئة التي يعيش فيها، إلى جانب المؤثرات الوراثية أو استعداداته الوراثية. ويلزم هذا التعديل إذا كانت العوامل البيئية غير متكيفة أو لا تساعد على التكيف النفسي والصحي والاجتماعي والعائلي والمهني في بعض الحالات يلزم التغيير الجغرافي أو توفير بيوت التبني Foster homes وقد يلزم توفير المؤسسات اللازمة لرعاية المتخلفين عقلياً أو الأحداث الجانحين أو السجناء أو المستشفيات والعيادات النفسية. وعلى الرغم من أن هذه المؤسسات قد تستعمل مناهج علاجية أخرى، إلا أن تعديل البيئة قد يكون ضرورياً أو نقل الطفل مثلاً من بيئة إلى أخرى لعلاج السلوك المشكل.

ولكن من الأهمية بمكان أن ندرك إن تداول البيئة لا يتضمن فقط العوامل الجغرافية، وإنما كذلك «اتجاهات» الناس العاملين والمحيطين بالعميل. ومن العوامل الناجحة في علاج مشاكل الأطفال، تغيير الاتجاهات الوالدية Parental attitudes وتغيير مناهج التعامل مع الطفل. فهناك مناهج سالبة، يتعين العدول عنها، من ذلك القسوة المفرطة أو التدليل الزائد أو التذبذب بين القسوة والتدليل أو الإهمال أو الحماية الزائدة.

فهناك حالة لطفلة في العاشرة من عمرها اشتكت أمها من التبول اللاإرادي Enuresis وبعد ذلك اشتكت من عصيانها Disobedience ولقد دل بحث هذه الحالة أن هناك طفلاً آخر شقيق لهذه الفتاة في الخامسة من عمره، يتلقى كل اهتمام الأسرة ورعايتها وانتباهها، ولقد تم تعديل الموقف البيئي بالنسبة لهذه الفتاة، بحيث أصبحت تجلس بمفردها مع الوالدين لمدة نصف ساعة قبل النوم يومياً. وبعد مضي أسبوعين فقط تحسنت حالة الفتاة، بل وكل سلوكها واتجاهها وتبولها اللاإرادي، وتم إزالة مشاعر القلق والتوتر حول الطفلة، وإزالة شعورها بالإهمال عن طريق تصحيح السبب ثم علاج العرض المرضي.. في مثل هذه البرامج العلاجية يقوم الآباء بالدور الأكبر

ويتحملون المسؤولية الكبرى في شفاء أبنائهم. أما إذا كان أحد الآباء متوفياً، أو رفض التعاون أو إذا كان غائباً، ففي هذه الحالة يتم البحث عن أحد بيوت التبني أو إذا كان الأب سجيناً أو مدمناً أو مريضاً ولا يقوى على تقديم العون لطفله والتعاون مع سلطات العلاج، في هذه الحالة يلزم الحصول على تعاون الإخصائي الاجتماعي أو المؤسسة التي يتم إيداع الطفل فيها.

وإذا كان التوتر ناشئاً عن التحصيل، فإن البرنامج العلاجي يتناول بيئة المدرسة، وجوها، فقد يتطلب الأمر تغيير السنة الموجود بها الطفل أو تغيير الفصل الدراسي أو تعديل المنهج أو تعديل طرائق التدريس مع الطفل. وهنا يتحمل المدرسون والإدارة المدرسية العبء الأكبر في العلاج school administration والعلاج المحيطي milieu therapy وهنا يلزم علاج المحيط الذي يوجد فيه الطفل أو العميل أو المريض. ويطبق هذا النمط العلاجي، في الغالب، في المؤسسات، ويتضمن بناء الجو المؤسسي، بحيث يوجه كله إلى صالح المريض وتحقيق شفائه. في هذا المنهج كل إنسان له صلة بالمريض يعتبر معالجاً therapist ويتم تنظيم الأنشطة اليومية بحيث تعمل على تغيير سلوك المريض وعقله إلى ما هو أفضل وأقوم.

في هذا النمط من العلاج النفسي، milieu therapy يتم التحكم في كل مكونات أو عناصر البيئة الخاصة بالشخص المضطرب والسيطرة عليها، بحيث تكون كل هذه العناصر علاجية أو ذات أثر علاجي the total environment of adisturbed individual . is controlled and therapeutic

وأهم من أنماط العلاج جميعاً الوقاية Prevention ومؤدى ذلك معالجة المشاكل الصغيرة قبل أن تصبح كبيرة، وقبل أن تقود إلى سوء التكيف التام. وعلى ذلك، فإن الإخصائي النفسي في الحقل التعليمي مثلاً يتشاور مع المعلمين، ومع رجال الإدارة المدرسية Educational adminstrators لوضع مبادىء وأسس دائمة لمقابلة المشكلات التي تواجه تكيف الطلاب. الوقاية تتطلب تنظيم المنزل والبيئة الخارجية بطريقة تكفل

---

(١) Duke, M. P., and Nowicki, S., Abnormal psychology, H. R. W., CBS, Japan . 1986, p. 531

التمتع بالصحة العقلية السوية والنمو الانفعالي السوي، وقد يحتاج الأمر إلى تعليم الآباء، وتعديل الجو المدرسي في قاعة الدرس من أصحاب الاختصاصات الأخرى.

والحقيقة إن علم النفس الأكلينيكي أي العلاجي أو العيادي أو السريري، يتدخل، حيث توجد مشاكل إنسانية متصلة بتكيف الفرد Adjustment ويتناول المشكلات التي تدرس في إطار علم نفس الشواذ Abnormal psychology وعلم النفس المهني أو التخصصي vocational and professional psychology. ويهتم علم النفس الأكلينيكي، على وجه الخصوص بمشاكل التخلف العقلي mental retardation والمشاكل السلوكية للأطفال.

طرق علاج التخلف العقلي

يقصد بالتخلف العقلي قلة أو ضعف نصيب الفرد من الذكاء أو القدرة العقلية العامة، أي أولئك الذين تنخفض نسبة ذكائهم عن المستوى المتوسط. ويحكم قصورهم أكاديمياً أو تحصيلياً ومهنياً أو عملياً واجتماعياً وانفعالياً، فإنهم يعانون من كثير من المشاكل النفسية، التي تستوجب المعالجة الحاسمة.. ومن هنا يسهم علم النفس إسهاماً فاعلاً في هذا الحقل الحيوي لتحقيق تكيف أرباب التخلف العقلي. وبطبيعة الحال، يتحدد التخلف العقلي تبعاً لآداء الفرد على اختبارات الذكاء. وتختلف معايير الحكم بالتخلف العقلي وفقاً للمقياس المستخدم.. فمثلاً في ضوء تطبيق اختبار الطبعة المنقحة من اختبار ستانفورد بينة الصادرة في ١٩٣٧ Revised Stanford-Binet يمكن تمييز المستويات الخمس الآتية من التخلف العقلي:

١ ـ المستوى الأول: وتقل نسبة ذكاء أصحابه عن ٢٠ نسبة ذكاء وهما أصحاب التخلف العقلي الشديد profound. هذا التصنيف ليس أبدياً، ولكنه يخضع لعمليات من التغير أو التذبذب النسبي من وقت لآخر، وهو التصنيف القائم على أساس مستوى الذكاء، ومن هنا كان لا بد من توفر معايير أو محكات أخرى criteria للحكم على المريض بالتخلف العقلي من عدمه إلى جانب مقاييس الذكاء وما تكشف عنه من نسبة الذكاء.

٢ ـ المستوى الثاني: ونسبة ذكائه من ٢٠ ـ ٣٥ تخلف عقلي شديد severe.

٣ ـ المستوى الثالث ونسبة ذكائه من ٣٦ ـ ٥١ نسبة ذكاء، وهو التخلف العقلي المتوسط أو المعتدل moderate.

٤ ـ المستوى الرابع نسبة ذكائه من ٥٢ ـ ٦٧ نسبة ذكاء وهو التخلف العقلي البسيط أو الخفيف mild.

٥ ـ المستوى الخامس، التخلف العقلي الحدي Border line retardation من ٦٨ ـ ٨٣ نسبة ذكاء.

والحقيقة إننا نراعي ذلك في تعريف التخلف العقلي نفسه، حيث لا يقصر على متغير الذكاء المنخفض وحده، فالتخلف العقلي عبارة عن الآداء العقلي المنخفض عن المتوسط أو عن حد المتوسط ذلك الانخفاض الذي يحدث خلال سنوات النمو ويرتبط هذا التخلف في الآداء بأي أو بكل من المتغيرات الآتية:

١ ـ النضوج maturation.
٢ ـ التعلم learning.
٣ ـ التكيف الاجتماعي social adjustment.

فلا يمكن الاعتماد، في تقدير التخلف العقلي، على تطبيق الاختبارات وحدها

mental retardation = subaverage general intellectual functioning which originates during the development period and is associated with impairment in one or more of the following:

1 - maturation 2 - learning 3 - social adjustment.

ونضيف إلى ذلك التكيف الأسري أو العائلي والتكيف المهني أو التكيف في المهنة والتكيف الانفعالي. ولا يمكن أن نحكم على شخص متكيف اجتماعياً أو مهنياً

---

(٢) Guilford, J. P., Fields of psychology, D. Van Nastrand, N. Jessey, 1966, p. 255.

مثلاً بالتخلف العقلي بالاعتماد فقط على درجته المنخفضة على مقاييس الذكاء وحدها[٣].

ولا شك إن الذكاء نفسه يتضمن، من بين تعاريفه، القدرة على التكيف أو الآداء أو السلوك المتكيف، وخاصةً التكيف للمواقف الجديدة التي يمر بها الفرد كما يتضمن العديد من القدرات كالقدرة على التفكير والتخيل والتصور والإدراك والتعلم والتذكر والإبداع. ولكن قد يوجد أحياناً اختلاف بين آداء الفرد المتكيف اجتماعياً وبين نسبة الذكاء التي يحصل عليها. ويمكن تمييز أنماط عدة أيضاً من الذكاء كالذكاء العملي والميكانيكي والأكاديمي والنظري والاجتماعي. ذلك لأن معايير السلوك المتكيف أو المتوقع من الفرد تختلف باختلاف عمره الزمني، بمعنى توفر درجة من الاستقلال في آداء الفرد كلما تقدم في العمر، وزيادة في قدرته على تحمل المسؤولية بما يتفق مع مجموعته العمرية التي ينتمي إليها. ويستخدم في هذا الصدد مقياس النضج الاجتماعي لفينلاند Vineland Social Maturity[٤].

وفي التقدم في السن يستخدم الملاحظة الأكلينيكية لسلوك المريض ودراسة الحالة أو دراسة تاريخ الحالة والظروف الاجتماعية للمريض. فالشخص الذي يقيم علاقات اجتماعية إيجابية ناجحة، لا نميل إلى وصفه «بالتخلف العقلي». هذا التكيف ولا شك يحتاج إلى علاج بيئة المريض. يمكن النظر للعلاج النفسي، عموماً، بأنه ذلك المنهج الذي لا يعتمد على استخدام العقاقير أو الجراحات أو الصدمات الكهربائية في العلاج من الإصابة بالاضطرابات العقلية mental disorders وإنما يستخدم أساليب كلامية، ويستهدف راحة المريض أو تحريره أو تخليصه من الآلام أو الشكاوي بالوسائل النفسية أو بتغيير أفكار المريض واتجاهاته ومشاعره، وانفعالاته وسلوكياته.

وعن طريق تعديل اتجاهات المحيطين به والمتفاعلين وأياة أو تعديل المناخ الذي يعيش المريض في كنفه، بحيث يصبح مناخاً صحياً دافئاً إيجابياً متسامحاً متقبلاً

---

(٣) Op. cit., p. 256.

(٤) Ibid.

للمريض متعاوناً معه حريصاً عليه إيجابياً لا سلبياً.

وبطبيعة الحال، يستهدف العلاج النفسي إعادة الفرد إلى حظيرة التكيف والسواء وتمتعه بالصحة العقلية والنفسية والتكيف مع نفسه ومع المجتمع الذي يحيط به، والتحرر من الصراعات والتوترات والأزمات والآلام والمخاوف والشكوك والأعراض. وهناك مناهج متعددة في العلاج النفسي، منها العلاج بالتحليل النفسي، وهناك العلاج المتمركز حول العميل أو العلاج غير التوجيهي أو العلاج التسامحي، وهناك العلاج السلوكي، والعلاج الجشطالتي[٥]. ويقصد به Gestalt therapy ذلك المنهج الذي ابتكره فريتز بيرلز Fritz perls.

ويركز هذا المنهج على علاج «كل الشخص المريض» أو المريض ككل treating thewhole person وفيه يتم تشجيع المرضى للتعبير عن صراعاتهم بصورة درامية، وفيه يكون المعالج نشطاً وله دور أساسي في حصول الشفاء[٦].

أما علاج البيئة بالذات milieu therapy، ويطلق عليه اصطلاح «المجتمع العلاجي» therapeutic community فيه يتم تكوين مجتمع علاجي أو بيئة علاجية في عنبر كامل من عنابر المستشفى العقلي أو قسم كبير منها، وذلك عن طريق التركيز على الاتجاهات الإنسانية أو العلاقات الإنسانية، وعن طريق تشجيع الأسهام والمشاركة المسؤولة في اتخاذ القرارات وسط المرضى[٧].

يستخدم العلاج النفسي مناهج متعددة psychotherapy في سعيه لتحقيق الشفاء من سوء التكيف الشخصي أو سوء تكيف الشخصية personatlity maladjustement وذلك باستخدام الأساليب والتقنيات السيكولوجية وليس الجراحية أو الكهربائية. أو تلك المعتمدة على الأدوية والعقاقير، وهو علاج يستهدف الخلاص من أسباب المرض أكثر من التركيز على مجرد إزالة الأعراض.

---

(٥) Gallatin, J., Abnormal psychology, Macmillan, N. York, 1982.

(٦) Op. cit., p. G - 19.

(٧) Mortinm B., Abnormal psychology, Holt Rinehart, N. York, 1980, p. 532.

ومن المناهج العلاجية التي تستهدف علاج بيئة المريض المنزلية أو بيئة العمل منهج السيكودراما أي العلاج عن طريق التمثيل psychodrama.

السيكودراما ضرب من ضروب العلاج الجماعي، ذلك العلاج الذي لا يتناول مريضاً واحداً في الجلسة الواحدة، وإنما يتناول عدداً من المرضى دفعة واحدة مما تتشابه أمراضهم أو أعراضهم أو مشكلاتهم. وترجع السيكودراما إلى عالم النفس مورينو J. L. Moreno والذي يعد، بحق، أبا العلاج النفسي الجماعي الحديث. فلقد فكر مورينو في مطلع العشرينات من هذا القرن في إنشاء مسرح حر تلقائي أو ارتجالي، وذلك بقصد ملاحظة التفاعلات التي تحدث بين الجماعات البشرية(٩) الصغيرة. وأراد أن يدرس تفاعلات الممثلين الذين هم من المرضى وكذلك ردود أفعال المشاهدين وهم أيضاً من المرضى. ويطبق هذا المنهج في علاج مشاكل كل الأسرة، حيث يشترك في أداء الأدوار على خشبة المسرح كل أفراد الأسرة، وذلك بإشراف «المخرج» الذي هو المعالج النفسي في العلاج بالتمثيل هذا.

ويتم الشفاء عن طريق فهم المريض واستبصاره لحالته وحالة المحيطين به، وكذلك عن طريق التعبير عن ذاته وإطلاق سراح انفعالاته ووضوح الرؤية والتفريغ الانفعالي أو التصريف الانفعالي أو إخراج ما يعتمل في صدر المريض من الأزمات والتوترات والصراعات والانفعالات.

---

(٨) Gallatin, op. cit., p. 361.

(٩) عبد الرحمن العيسوي، العلاج النفسي، دار المعرفة الجامعة بالإسكندرية ١٩٩٤.

(١٠) عبد الرحمن العيسوي، الإرشاد النفسي، دار النهضة العربية، لبنان بيروت، ١٩٨٦.



الفصل الرابع عشر

مقارنة بين العلاج السلوكي والعلاج بالاستبصار

* تنوع مناهج العلاج النفسي.
* علاج المخاوف الشاذة.
* علاج حالات القلق أو الحصر الشديد.
* علاج إدمان الخمور.

تنوع مناهج العلاج النفسي

هناك كثير من المناهج التي يستخدمها علماء النفس، في الوقت الراهن، لعلاج مختلف الاضطرابات التي يعاني منها إنسان العصر، من ذلك الأمراض العقلية والنفسية والاضطرابات السيكوسوماتية أو النفسجسمية والاضطرابات الإخلاقية، كالإدمان والشذوذ الجنسي والعدوان والعنف والتطرف والجريمة والجنوح والنزعات السيكوباتية. أي حالات ضعف الضمير الخلقي والميل للكذب والفسق والخداع والنفاق والابتزاز والعدوان[1].

هذه المناهج المتعددة تختلف في مقدار نجاحها أو فاعليتها، وتخضع هذه المناهج للدراسات الحقلية والميدانية والمعملية للتعرف على أكثرها نجاحاً. من هذه المناهج العلاج بالتحليل النفسي، والعلاج السلوكي، والعلاج الجماعي في مقابل العلاج الفردي، والعلاج بالتمثيل أو السيكودراما، والعلاج بالعمل، وبالموسيقى، وبالرسم، وباللعب، وبالماء، وبالكتب، والعلاج المتمركز حول المعالج في مقابل المتمركز حول العميل، والعلاج الجشطالتي والعلاج الأسري والعلاج البيئي وما إلى ذلك من المناهج المتعددة[2]. وتستهدف هذه المناهج على اختلافها، إعادة الفرد إلى حظيرة التكيف والتمتع بالصحة العقلية الجيدة، وتخليصه من مشاعر القلق والتوتر والصراع والتأزم والألم والتعاسة والشك والريبة وغير ذلك من الأعراض ومن ضروب المعاناة.

---

(١) عبد الرحمن العيسوي، علم النفس الطبي، منشأة المعارف، الإسكندرية، ١٩٨٩.

(٢) عبد الرحمن العيسوي، العلاج النفسي، دار المعرفة الجامعية. الإسكندرية، ١٩٩٤.

ولذلك يتساءل المرء عما يمتاز به العلاج السلوكي في مقابل العلاج التحليلي؟ من بين مزايا العلاج السلوكي، ذلك النمط المباشر من المعالجة والذي يهاجم الأعراض مباشرة دون التعمق والغوص في شخصية المريض بل دون البحث عن أسباب المرض، يمتاز بالاقتصاد في الوقت والجهد. فهذا النمط من العلاج يستغرق وقتاً أقل وجهداً أقل وتكلفه أقل، ولا يحتاج إلى تدريب أطول للمعالج النفسي. والعلاج السلوكي أكثر خضوعاً للدراسات التجريبية عن العلاج التحليلي أو العلاج بالاستبصار أي الفهم العميق لحالة المريض. ويتوقف في الواقع، مدى نجاح كل اتجاه على نوعية المشكلات التي يعالجها.

علاج المخاوف الشاذة

ففيما يتعلق بعلاج حالات الفوبيا أي المخاوف اللاعقلانية أو غير المنطقية أو الشاذة، وجد أن منهج سلب الحساسية، وهو أحد المناهج الفرعية للعلاج السلوكي وجد أنه أكثر جدوى Desensitization and treatment of phobias.

لعل من أول هذه الدراسات المبكرة تلك الدراسة التي قام بها كوفر جون Caver Jones في عام (١٩٢٤)، حيث تمكن من معالجة طفلٍ صغير كان يعاني من الخوف الشديد من الأرانب، بل إن خوفه كان قد امتد ليخاف من كل الحيوانات ذات الفراء بل أيضاً إلى أشياء مثل القطن واللعب اللينة. وتضمن العلاج توفير الاسترخاء للطفل عن طريق إطعامه ثم استدعاء الأرنب المخيف تدريجياً قريباً منه رويداً رويداً.

ولقد سجل هذا البحث نجاحاً جيداً بعد معالجة قصيرة. ولقد أيد هذه النتائج كثير من الباحثين غيره الذين عالجوا فوبيا الخوف من الحيوانات ذات الفراء.

من بين الدراسات التي تقدم مقارنة جيدة بين منهج العلاج السلوكي والعلاج بالاستبصار، تلك الدراسة التي قام بها جوردون بول Gordon paul عام (١٩٦٦)، وتناولت الخوف من الحديث العام، وفيها قسم الباحث عينة بحثه إلى أربع مجموعات:

المجموعة الأولى: تلقت علاجاً استبصارياً Insight therapy.

المجموعة الثانية: خضعت لمنهج سلب الحساسية السلوكي.

والثالثة: تلقت علاجاً زائفاً بمعنى ابتلاع قرص من الأدوية الزائفة أي عديم الفاعلية أو التأثير مع الاستماع إلى ضوضاء من مسجل من سماعة للأذن تحت الإيحاء بأن هذه المعالجة سوف تساعدهم على التغلب على الخوف من الحديث العام - public speaking phobia.

والمجموعة الرابعة: كانت مجموعة ضابطة لم تتلق أية معالجات على الإطلاق.

لقد قابل جميع المرضى خمسة من المعالجين المتخصصين في العلاج بالاستبصار والذين تم تدريبهم على ممارسة العلاج بسلب الحساسية، وعلى منهج استخدام الدواء المزيف placebo. وتمت مقابلة جميع الطلاب الذين كونوا هذه العينة أي جميع هذه المجموعات الثلاث لمدة خمس جلسات كل جلسة مكونة من ٤٥ دقيقة، على امتداد ست أسابيع، وتمت مقارنة نتائجهم بنتائج المجموعة الضابطة[٣] قياساً بالمجموعة التي لم تتلق أية معالجة، تحسنت جميع هذه المجموعات التجريبية الفرعية بما في ذلك المجموعة التي تلقت المعالجة الزائفة. في العلاج السلوكي أو علاج الأفعال ـ Action therapy. تحسنت العينة كلها (١٠٠٪) وأقل من ٥٠٪ تحسنت من عينة العلاج بالاستبصار وبالدواء الزائف. ففي هذا العرض وجد أن العلاج السلوكي أفضل من المناهج الأخرى. وفيما يتعلق بمشاعر المرضى، قررت جميع المجموعات التجريبية أنها شعرت بالتحسن Improvement في مجالات أخرى، خلافاً للعرض المقصود علاجه، وهو القلق إزاء مواجهة الجمهور في الحديث العام. وتكشف هذه التجربة كيفية قياس تأثير المعالجات في مشكلة خاصة وهي الفوبيا.

---

(٣) London, P., and Rosenhan, D., 1968, Foundatians of Abnormal Psychology, Rinehart and Winstolh, New York, p. 586.

علاج حالات القلق أو الحصر الشديد

وفيما يتعلق بمعالجة ردود الفعل الحصرية Anxiety reactions. يقرر وولب أنه تناول بالعلاج (٢١٠) مريضاً، أظهر أكثر من نصفهم القلق وبعد تلقي العلاج باستخدام منهج سلب أو فقدان الحساسية تحسنت نسبة بلغت ٩٠٪ أو شفيت نهائياً. وخاصة بالنسبة لأولئك الذين استمروا، في تلقي العلاج لمدة خمسة عشر جلسة أو أكثر من ذلك. وفي منهج سلب الحساسية يعمد المعالج إلى تقديم مثيرات الخوف للمريض وهو في حالة استرخاء تامة ويقدم المثير وهو في أضعف صورة وأقلها إثارة للخوف.

وإزاء معالجة الاضطرابات الجنسية Sexual disorders كالجنسية المثلية وغيرها من الانحرافات، تحسنت معظم الحالات، حيث تم استخدام مواد معينة في المصابين بالجنسية المثلية من الذكور وذلك في تجربة بلغت عينتها ٦٧ مريضاً. وتم الحصول على نتائج مماثلة باستخدام الصدمات الكهربائية والتي لم تكن أفضل من العقاقير.

وهناك من يرشح الاشتراط الإجرائي في علاج الشذوذ الجنسي كمنهج أفضل في الاعتماد على الاشتراط الكلاسيكي.

هذا ويمكن علاج التبول اللاإرادي Enuresis عن طريق العلاج السلوكي، والتبول اللاإرادي عبارة عن العجز عن ضبط المثانة أو البول أثناء النوم. والبوال الليلي أو التبول اللاإرادي مشكلة منتشرة بين كثير من الأطفال وخاصةً الذكور. بل في بعض الأحيان قد يعاني منه الكبار أيضاً. هل البوال الليلي عرض لحالة مرضية أو لعلة ما وذلك كما يعتقد أرباب العلاج بالاستبصار؟ أم إنه مجرد عادة خاطئة متعلمة أو مكتسبة نتيجة الخطأ في تدريب الطفل. ولذلك تم ابتكار جهاز كهربائي لتدريب المثانة شرطياً للاستجابة لمثير معين يؤدي إلى الاستيقاظ. القطرة الأولى من البول سوف تعمل على توصيل دائرة كهربائية، ومن ثم قرع جرس ما، وسوف يؤدي الجرس إلى يقظة الطفل النائم ومن ثم ذهابه إلى المرحاض لتفريغ المثانة أو لقضاء حاجته وهو في حالة تامة من اليقظة. وبتكرار هذه المحاولات يؤدي الضغط الواقع على المثانة bladder وحده ليقظة الطفل من النوم. بل إن تغيرات إيجابية أخرى

تحدث في الشخصية، وتصاحب الشفاء، ذلك لأن البوال الليلي مشكلة معقدة لها كثير من الآثار الوخيمة، والتخلص منه يؤدي إلى تحسن في الشخصية.

علاج أدمان الخمور

ويتم علاج إدمان الخمور Alcoholism عن طريق العلاج بالتقزز أو النفور Aversive therapy. ولقد لوحظ أن العلاج بالنفور أكثر سرعة في تحقيق الشفاء، وأقل تكلفة عن المناهج الأخرى. هذا وتعالج مشكلة الكحولية أي إدمان الخمور عن طريق مناهج أخرى منها التحليل النفسي والعلاج الديني والجماعات السرية Alcoholics Amonymous[٤].

وهنا نتساءل هل يفيد العلاج السلوكي في علاج المشاكل العقلية الأكثر حدة واضطراباً، وأعني بذلك الذهانات العقلية أي الأمراض العقلية أي المرادفة للجنون psychoses؟ يمكن استخدام العلاج السلوكي مع الأطفال الذهانيين والمرضى الكبار أيضاً، ولكن العلاج بالتحليل النفسي أكثر نجاحاً. يعتمد المعالجون السلوكيون على منهج تشكيل السلوك أي الاشتراط الأدوي أو الإجرائي behaviour shaping (operant). ذلك لأن مناهج العلاج السلوكية الأخرى تتطلب تعاون المريض، والمريض الذهاني عاجز عن ممارسة هذا التعاون في حالة الاشتراط الأدوي يلزم فقط تحديد السلوك المطلوب تعديله، وتوفير التعزيز أو التدعيم أو المكافأة، وبناء على ذلك يستجيب المريض دون الحاجة إلى تعاونه أو حتى اهتمامه.

في واحدة من التجارب، قدم المعالج «العلكة» للمريض وسمح له بمضعها كنوع من التعزيز على الاستجابات الطيبة، وبناء على ذلك شجعه المعالج على الكلام. كذلك أمكن استخدام الغذاء كمعزز، أو إطعام المريض في فيه وتقديم الحلوى للمرضى كلما قام المرضى بالسلوك المرغوب فيه. كذلك أمكن تحسين حالة

---

(٤) عبد الرحمن العيسوي، سيكولوجية الإدمان وعلاجه، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٩٤.

بعض المرضى عن طريق تعليم الممرضة أن تهتم ببعض المرضى وتهمل الآخرين، فتقدم التعزيز للبعض وتغفل البعض الآخر. وهناك دراسات تسجل بعض النجاح مع المرضى الأطفال والكبار المصابين بالذهان. وعلى القليل هذه المعالجات تجعل المريض في العنبر أكثر طاعة وأسهل تناولاً بالنسبة لموظفي المستشفى.

ولكن يلزم لنجاح هذه المعالجات، تدريب جميع العاملين في المستشفى لتنفيذ هذه التعاليم العلاجية بكفاءة ودقة مع مراعاة ظروف كل مريض. والحقيقة إنه ما يزال أمام العلاج السلوكي شوط طويل للتطبيق بنجاح في علاج حالات الذهان العقلية[٥].

هناك طائفة من المشاكل المتعلقة بوجود الفرد أي بفكره الوجودية يطلق عليها المشاكل الوجودية Existential problems، وهي مشاكل نفسية من جوهرها تتعلق بفكرة الإنسان عن معنى الحياة وفهم القيم والمثل والمعايير، وهوية الإنسان الذاتية والشخصية، ومستوى طموحه ومدى إلتزامه وما إلى ذلك.

هل تصلح مناهج إزالة الأعراض في علاج مثل هذه المشاكل الشخصية أو الوجودية؟

هذه المشاكل تستمر ولا يصلح المنهج السلوكي في علاجها حتى وإن نجح في علاج المخاوف الشاذة. أما العلاج بالاستبصار، فإنه يساعد المرضى على جعل حياتهم ذات معنى وقيمة، وهو الأمر الذي لا تفلح فيه المعالجات السلوكية التي ينحصر اهتمامها في إزالة الأعراض أي مهاجمة الأعراض دون الغوص في الأسباب. الإنسان يريد أن يفهم قيمه ومثله العليا ومعاييره وهويته الشخصية وطموحاته، يريد أن يفهم ذاته والعالم المحيط به، وقدراته واستعداداته وقد يعاني الإنسان من هذه الأمور، دون أن يعاني من أية أعراض أخرى من تلك المعروفة بالاضطراب. لعلاج مثل هذه القيم هناك محاولات قام بها كارل يونج Carl Jung والفريد آدلر Alfred Adler وإلايك فروم Erich Fromm وموررر O. H. Mowrer.

---

(٥) London, p. 589.

ولقد ابتكر الأخير ما يعرف بإسم «علاج التكامل» Integrity therapy فقد يكون شعور الإنسان بالاكتئاب ناجماً عن هدره أو خرقه للقيم، يفيد الإنسان فهمه واستبصاره للقيم، ومن ذلك منهج كارل يونج في استخدام القيم والإيمان الديني في العلاج والعودة لحظيرة الدين والإيمان. السلوك أو الأفعال ليس لها معنى إذا كانت هناك معنى للحياة.

ومن الجدير بالملاحظة أن مناهج العلاج، مهما تنوعت، إلا أنها متكاملة وليست متعارضة بل يكمل بعضها بعضاً. العلاج بالاستبصار يهتم بوعي المريض بحالته وفهم ذاته دون التركيز على أفعاله. بينما يهتم العلاج السلوكي بالأفعال والسلوك والحركات دون الاهتمام بالنواحي العقلية أو المعرفية للمريض أو بأفكاره عن وجوده. وهناك محاولات لجمع أكثر من منهج في منهج واحد كالعلاج السلوكي والتحليلي معاً. فالعلاج الوجودي والعلاج المتمركز حول المريض والذي يرجع إلى كارل روجرز والتحليل النفسي تقع ضمن العلاج بالاستبصار. حيث تهتم هذه المناهج بخبرة المريض وعقله أو حالته المعرفية وطرق تفكيره وشعوره بنفسه وعالمه وإدراكه. أما العلاج السلوكي فيهتم بتغيير أو تعديل سلوك المريض.

أما المدرسة التحليلية الجديدة ومن أقطابها مورر Mowrer، فتحاول أن تجمع بين منهج علاج السلوك ومنهج علاج الاستبصار، وتعتقد بأن. تغيير السلوك لا يمكن أن يتم دون تغيير الفهم أو البصيرة أو الاستبصار لدى المريض، وأن الامتبصار وحده دون تعديل السلوك لا يكفي.

ومن الأهمية بمكان أن نلاحظ أن الذي يحدد المنهج الصالح للعلاج مع مريض ما هو نوع المرض أو الاضطراب الذي يعاني منه. فالعلاج السلوكي يصلح لعلاج المخاوف الشاذة، ويصلح العلاج بالاستبصار أكثر ما يصلح لعلاج مشاكل معاني الحياة ومشاعر[٦] المريض.

---

(٦) Op. cit., p. 591.

والحقيقة أن هناك العديد من المناهج العلاجية، ففي بعض التقديرات وصلت هذه المناهج إلى ٣٩ منهجاً من بينها العلاج المتمركز حول العميل والمتمركز حول العميل والمتمركز حول المعالج، والعلاج الفردي والجماعي والعلاج عن طريق اللعب أو ما يعرف بإسم علاج الراحة Release therapy وعلاج العلاقات Relationship therapy والعلاج بالتفسير أو التأويل Interpretive therapy وعلاج القيم، وبالطبع العلاج السلوكي الذي يرتكز إلى الاعتقاد بأن اعتلال الصحة العقلية يرجع إلى تكوين أو تعلم عادات سلوكية سالبة أو سيئة، ويقوم العلاج على تعليم المريض كيفية التغلب على عاداته السيئة هذه والتخلص منها نهائياً. وللبرهنة على صحة منهجه أجرى وولب تجربة على القطط، بحيث علمها تجنب تناول الطعام من مكان معين من الغرفة بعد أن ربط بين تناولها الطعام والتعرض لصدمة كهربائية، بحيث رفضت هذه الحيوانات تناول الطعام. الصدمة تسبب قلقاً والقلق يتعارض مع الرغبة في تناول الطعام. ويمكن إزالة القلق عن طريق إطعام الحيوان في مكان آخر بمعنى تمكنه من منع أو كف أو إنطفاء الاستجابة الحصرية. وبعد تعلم الحيوان الخوف من المكان الذي تلقى فيه الصدمة، عاد وولب ووضع الطعام على مسافات تأخذ في الاقتراب التدريجي من نفس المكان، حتى إعتادت القطط على تناوله من نفس المكان الذي كانت تتلقى فيه الصدمة. هذا التدرج ينبغي أن يكون بطئاً حتى لا يعود القلق للقطة. ولقد سمى وولب هذا المنهج «الكف المتبادل» Reciprocal Inhibitions بمعنى إن تقوية عادة تناول الطعام تمنع عادة القلق.

ولقد نقل وولب هذا المنهج إلى مجال معالجة الإنسان، وقرر حصوله على نسبة عالية من النجاح، وفي سبيل ذلك وضع وولب «هرماً» من مثيرات الحصر أو القلق لدى المريض من خلال مقابلات المريض والحوار معه، والتعرف على أكثر الموضوعات أو المواقف إثارة للقلق لدى المريض، ووضع هذه المثيرات في شكل هرمي أي في قائمة، بحيث يبدأ عرض هذه المثيرات بنداًبنداً على المريض مبتدئاً من أبسطها إثارة للقلق، ومنتهياً بأشدها إثارة للقلق. ويتخلص من القلق البسيط الناشىء عن تعرض المريض لمثير بسيط عن طريق الراحة والاسترخاء Relaxation أو الاستجابات التوكيدية، وبذلك يستطيع المريض مقابلة ومواجهة الموقف الذي كان يسبب له الفزع في الماضي، وذلك دون خوف أو قلق.

ولقد انتهج هذا المنهج كثير من علماء النفس غير ولب، وهم وإن اختلفوا في بعض التفاصيل، إلا أنهم جميعاً يؤمنون بأن الشفاء يكمن في إعادة التعلم[(٧)] Relearning.

هذا ويمكن إجراء التجارب العملية على عمليات العلاج النفسي، إما لتناول منهج العلاج نفسه وخطواته، أو لتناول نتائج العلاج، ومقدار ما يتم شفاؤه من الحالات أو من الأعراض. من ذلك تسجيل المقابلات وما يدور فيها من حوار بغية تحليلها أو قياس الاستجابات الجلدية الكهربائية على سطح الجلد لدى المريض في أثناء المعالجة للتعرف على ما يطرأ على هذه الاستجابات الجلدية من تغيير أثناء العلاج. وبعد ذلك يمكن تحليل المقابلة وتقسيمها إلى وحدات أو أجزاء صغيرة، ويتم التعرف على الجمل أو العبارات التي قالها المريض ومقدار الوقفات أو لحظات السكون، والتعرف على التعبيرات الشعورية وتلك اللاشعورية، والعبارات العدوانية والمسالمة والدالة على القلق والصمت المعبر عن مقاومة Resistance المريض للإفصاح عن أسراره ويمكن كذلك التعرف على نمط الاتصال القائم بين المريض والمعالج، وما يطرأ على هذا النمط من تغيير باستمرار الجلسات. وفي هذا المجال يستطيع الباحث أن يجري العديد من المقارنات بين أنماط مختلفة من مناهج العلاج وأنماط مختلفة من المرضى ومن المعالجين. وكذلك يمكن التعرف على مبلغ نشاط المريض في أثناء الجلسة. وبذلك يخضع العلاج للمنهج العلمي ومحكاته ومعاييره وتقنياته.

---

(٧) Hillgard, E. R., Intoduction to psychology, 3 rd. Ed. Rupert Hart - Davis .London, 1962, p. 538

قـــامـــوس بـــأهـــم
مصطلحات علم النفس
مرتبة ترتيبا أبجديا

- علم نفس الشواذ Abnormal Psychology
- اللاسواء (الشذوذ) Abnormality
- التصريف الانفعالي ـ التفريغ Abreaction
- التفكير المجرد Abstract thinkins
- الحادثة Accident
- عصاب الحادث Accident Neurosis
- نزعة استهداف الحوادث Accident proneness
- الهوس الحاد Acute Mania
- الغدة الكظرية (غدة فوق الكلية) Adrenal gland
- المراهقة Adolescence
- التكيف Adaptation
- التوافق (التكيف) Adjustment
- الأعصاب الموردة Afferent nerves
- العدوان Aggression
- عدواني Aggressive
- التناقض الانفعالي Ambivalence
- فقدان الذاكرة (النسيان) Amnesia
- المرحلة الشرجية Anal stage
- تحليل التباين Analysis of Variance
- علم نفس الحيوان Animal Psychology
- القلق وعصاب القلق أو عصاب الحصر Anxiety
- التقلد Apathy
- صراع الأقدام أو الإقدام Apptoach - Approach conflict
- صراع الإقبال والأحجام Approach - aviodant conflict
- نظام الإنتاج عن طريق تعقب قطع المنتجات الصناعية Assenbly - line Production Mebod
- التداعي Association)
- الانتباه Attention
- الاتجاه العقلي Attitude
- مقياس الاتجاه Attitude scale
- الإيحاء الذاتي Auto Suggestion
- الآليه (في الصناعة) Autamatation
- الجهاز العصبي اللاإرداي أو الذاتي أو المستقل Autonomic Nervous system
- الاشراط التجنبي Avoidance conditioning
- صراع الأحجام والأحجام Avoidant - Aviodant conflict

- المحور Axon

(B)

- تعديل وتغيير السلوك Behaviour Modification and change
- العلاج السلوكي Behaviour Therapy
- صدمة الميلاح Birth Trauma
- ضغط الدم Blood Pressure
- الملل Boredom
- غسيل المخ Brain Washing

(C)

- طريقة دراسة الحالة Case Study
- الفصام الحركي - التخشبي - التصلبي Catatonic Schizo phrenia
- جسم الخلية العصبية Cell - body
- مقاييس النزعة المركزية Central Tendency measurement
- المخ Cerebrum
- علم نفس الطفل Child Psychology
- النمط صفراوي المزاج Chaleric
- الاختيار Choice
- خلط الكلام Circumstanti acity
- التصنيف Classification
- الإرشاد العلاجي Clinical Counselling Rerapeutic counselling
- المرشد النفسي العلاجي Clinicalcounsellon
- علم النفس الأكلينكي - العيادي Clinical Psychology
- (عامل) الإغلاق (الإدراك الحسي) Chosure factor
- تشوش الشعوذ Clouding of consciousness)
- العمليات المعرفية Cognitive Processes
- علم النفس التجاري Commrtcial Psychology
- التعويض Compensation
- التكملة Completion
- القهر Compulsion
- التفكير العياني - المشخص Concrete thinhing
- الصراع ConFlict
- الإمتثال Conformity
- الخلط - الاضطراب Confusion
- الشعور - الوعي Consciousness
- التكوين Construction
- (عامل) الاتصال (في الإدراك الحسي) Continiuty factor

التحويل Conversion

الهستيريا التحويلية Conversion htysteria

الارتباط Correlation

معامل الارتباط Correlation Coefficien

طبقة اللحاء أو قشرة المخ Cortex

حادة الكورتيزون Cortison

علم النفس الاثاوي Counseling Psychology

الإرادة العضادة Counter Will

علم النفس الجنائي Criminal `Psychology

التشبة الحرج Critical Ratio

مرض القصاع - قصر القامة Critinisn

التجارب الحاسمة Crucial experiments

الثقافة Culture

(D)

حيل الدماغ Defense Mechanisms

الهوس الهذياني Deliriosu Mania

Delirium	الهذيان
Delusions of Grandeur	هذاء العظمة أو توهم العظمة
Delusions of Persecution	هذاء الاضطهاد أو توهم الاضطهاد
Dendrites	الشجيرات ـ الشعيرات الخاصة بالخلية العصبية
Denial	الإنكار
Depression	الاكتئاب
Development	التنمية ـ النمو ـ الارتقاء
Developemental Psychology	علم نفس النمو
Diagnosis	التشخيص
Diagnostic Dnter virw	المقابلة التشخيصية
Differential Diagnosis	التشخيص الفارق
Differential Psychology	علم النفس الفارق
Dimension	البعد
Dissociation	التفكيك (العزل) ـ الإعلال
Disorders of Attention	اضطرابات الانتباه
Disorders of consciousness	اضطرابات الوعي أو الشعور
Disorders of Memory	اضطرابات الذاكرة
Disorders of Perception	اضطرابات الإدراك
Disorders of Hlinhing	اضطرابات التفكير
Disorientation	اضطراب التوجيه سرر التوجيه
Displacement	النقل ـ الإزاحة ـ النقلة
Distractibility	تحول الإنتباه (السرحان)
Distribution	التوزيع التكراري
Drives	الحوافز
Drug Addiction	إدمان المخدرات

Ectomor phic	النمط الخارجي التركيب
Educational Psychology	علم النفس التربوي ـ التعليمي
Efferent nerves	الأعصاب المصدرة
Ego	الإنا ـ الذات
Elevtra Complex	عقدة الكترا. عند الأنثى ومؤداها حب الأب والرغبة في التخلص من الأم
Electro - encephalograph	رسام المخ الكهربائي
Electro - shoke Therapy (EST)	علاج بالصدمة الكهربائية
Emotions	الانفعالات
Emotional Catharsis	التنفيس الانفعالي ـ التفريغ ـ التصريف
Emotional Lability	عدم الثبات الانفعالي
Endocrine Glands	الغدد الصماء
Endomorchic	النمط الداخلي (التركيب في نظرية شلدون)
Environmental Psychology	علم النفس البيئي
Epeliptic Criaises	أزمات صرعية
Eros	عزيزة الحياة
Excitation	الاستثارة
Experimental Psychology	علم النفس التجريبي
Exploratory Experiments	تجارب نفسية استكشافية
Expressive	التغير
Extinction and Reinforcement	الإطفاء والتعزيز
Extraversion	الانبساط ـ أحد أنماط الشخصية عند كارل يونج

(E)

Early adult Rood	الرشد المبكرة

(F)

Factor Analysis	التحليل العاملي

Factorial Experiments	تجارب عاملية
Fantasy	التخيل ـ الإدهام
Flight of 'Ideas	تطاير الأفكار
Finalism	الغائية
Fixation	التثبيت
Forgetting	النسيان
Free - association	التداعي الحر
Frequency	التكرار
Frustration	الإحباط
Functional Experiments	تجارب وظيفية
Functional Psychosis	الذهان الوظيفي
Fuge	التجوال (الشرود)

(G)

Gansers syndroni	عصاب السجن (متلازمة حافز)
General Psychology	علم النفس العام
Generalization	التعميم
Gestation	ما قبل الميلاد
Grey matter	المادة السحابية (في الدماغ)
Group Psychotherapy	العلاج النفسي الجماعي

(H)

Habitual responses	الاستجابات التعودية
Hallucinations	الهلوسات
Hebephrenic schizophrenia	الفصام المبكر
Homestasis	التوازن الحيوي
Human Engineering	الهندسة البشرية
Hyperamnesia	حدة الذاكرة
Hyperprosexia	زيادة الانتباه
Hypochondria	توهم المرض ـ عصاب توهم المرض
Hypomania	الهوس الخفيف
Hypothalamus	المنطقة الهيبوثلامسية (في الدماغ)
Hysteria	الهستيريا ـ عصاب الهستيريا

(I)

Id	الهو ـ الذات الدنيا
Idealization	التقدير المثالي
Identification	التقمص (التوحد)
Idiot	المعتوه (أحد فئات التخلف العقلي)
Idiotsavant	المعتوه العاقل
Idology	الأيدولوجيـة ـ علم أساس الأفكار
Illusion	الخداع
Illustrative Experiments	تجارب توضيحية
Imbecile	الأبله ـ أحد فئات التخلف العقلي
Impulses	الاندفاعات العصبية ـ الحسية
Inattention	قلة الانتباه
Incentives	البواعث
Indifference	اللامبالاة
Individual differences	الفروق الفردية
Industrial awareness	الوعي الصناعي
Industrial conflict	الصراع الصناعي
Industrial Psychology	علم النفس الصناعي
Infancy	الرضاعة
Infantalism	القزامة ـ قصر القامة
Inferiority complex	عقدة النقص
Inhibition	الكف المنع
Interest tests	اختبارات العول
Interpretation	التفسير ـ التأويل ـ الشرح
Interval	الفئة
Interval Measurement	مقياس المسافة
Inteafe oradmission interview	مقابلة الاستقبال أو الإلتحاق بالمؤسسة

فن المقابلة Interview

الاحتواء (الاستدماج) ـ الامتصاص Introjection

الانطواء Introversion

البصيرة ـ الاستبصار Insight

العزيزة Instinct

أفعال لا إرادية Involuntry Actions

(H)

الغيرة Jealousy

تحليل العمل Job - analysis

تبسيط الأعمال Job - Simplification

(L)

الغدد الدمعية Lacrimal Glands

الرشد المتأخرة Late Adult Rood

المراهقة المتأخرة Late Adolescence

مرحلة الكمون Latency Period

التعلم Learning

الطاقة الجنسية الحيوية الليبدو Linido

تثبيت اللبيدو Libido Fixation

أسلوب الحياة ـ فلسفة حياة Life style

الإصغاء Listening

(M)

المنوال أو الشائع الدرجة ذات أكبر تكرار في توزيع الدرجات The MoDe

احتكاري Monopalistic

الروح العضوية Morale

المأفون (أو المورون) أحد فئات التخلف العقلي Moron

دارات الحركة والزمن Motion and time studies

الدافعية Motivation

الدوافع Motives

الشخصية المتعددة (الثنائية) Multipel personality

انعكاسات عضلية Muschic Relfexes

(N)

الحاجات Needs

السلبية (النفسية) Negativism

الممارسة السالبة Negative Practice

التعزيز السالب Negative Reinforcement

المجموعات المعيارية Normative Groups

الأعصاب Nerves

الجهاز العصبي Nervou System

الضعف العصبي (النيورسنيا) ـ عصاب العصب Neurasthenia

(النيورونات) ـ الأعصاب Neurons

المرض النفسي Neurosis

العصابية ـ نزعة نحو الإصابة بالمرض النفسي Neuroticism

القياس الإسمي Nominal Measurement

المعيار Norm

السواء (السوية = العادية) Normality

مدرسة الحضانة Nursery school

(O)

موضوعي Objective

موضوعية Objectivity

يلاحظ Observing

عصاب الوسواس القهر Obsessive - Compcilsive Neurosis

Occupational therapy العلاج بالعمل

Oedipus conplex عقدة أوديب عن العلم الذكر للتسلق العاطفي بأمه والرغبة في طرد الأب

Off - the Job training التدريب المهني البعيد عن مقر العمل

Onhe Job training التدريب المنهي في مقر العمل

Opinions الأراء

Oral Staget المرحلة الفمية

Ordinal Measurement القياس الترتيبي

Organic Psychosis الذهان العضوي

Over Conditioning الاشراط الزائد

(P)

Pancreas البنكرياس ـ عضو لإفراز الأسولين المسؤول عن احتراق سكر في الدم

Panic الهلع

Paramnesia خطأ الذاكرة

Paranoia البارانويا ـ جنون الاضطهاد

Paranoid schizo phrenia الفصام الهذائي ـ الاضطهادي

Parasympathetic Nervoussystem الجهاز العصبي نظير السمبثاوي

Parathyroid Gland الغدد جار الدرقية

Percentiles المئينيات

Perception الإدراك

Personal saicil Historynte intervien مقابلة الحصول على التاريخ الشخصي

Personality الشخصية

Perversion انحراف الانفعال

Prallic stage المرحلة القضيبية

Phlegmatic النمط بلغمي المزاج

Phobia الفوبيا (الخوف المرضى) ـ الخوف الشاذ ـ اللامعقول

Physicalcon ditions الظروف الفيزيقية (المحيطة بالعمل)

Physiological Psychology علم النفس الفسيولوجي

Pilot Experiments تجارب نفسية استطلاعية

Play therapy العلاج باللعب

Pleasure Principie مبدأ اللذة

Pollution التلوث

Post - traumatic stress disorder الاضطراب التالي للصدمة

Positive Reinforcement التعزيز الموجب (الثواب)

Preco nsciousness ما قبل الشعور أو ما قبل الوعي

Prediction التنبوء

Pre - Retirement ما قبل التقاعد ـ الأحالة المعاش

Pre - School ما قبل المدرسة

Private - Self - Concept هو هوم الذات الخاص

Projection الإسقاط

Projective techniques الطرق الإسقاطية

Prejudice التعصب

Propaganda الدعاية

Prosimity factor (عامل) التقارب (في الإدراك)

Psychiatric Narse الممرض الطبنفسني

Psychiatric Rehabilition التأهيل الطبي العقلي

Psychiatric social worlier الأخصائي الاجتماعي النفسي

Psychoanalysis الطبيب النفسي العقلي

Psychchroanalysis التحليل النفسي

Psychological conflicts الصراعات النفسية

Psychalogical consultation الاستشارة النفسية
Psychologist أخصائي علم النفس
السيكودراما (التمثيل النفسي المرضى) بقصد
Psychodrama العلاج
Psychotherapist المعالج النفسي
Psychotherapy العلاج النفسي
الذهانية ـ نزعة نحو الإصابة بالأمراض الذهانية
Psychoticism أي العقلية
Psychosurgery الجراح النفسية
Punishment العقاب

(R)

Rating scale مقياس التقدير
Rationalization التبرير
Rates Scales مقياس النسبة
Reaction - Formation العكسية (تكوين رد
الفعل أو التكوين العكسي)
Reality Principle مبدأ الواقع
Reflex Action الفعل المنعكس
Regression النكوص
Remembering - Forggeting التذكر ـ النسيان
Repression الكبت
Research Interview المقابلة البحثية
Resistance المقاومة
Resistance Analysis تحليل المقاومة
Repetition Compulsion التكرار القهري
Retirement التقاعد
Rumour الشائعة

(S)

Salivary Glands الغدد اللعابية
Psychological types الأنماط النفسية

Sanguinic النمط دموي المزاج
Schizo phrnia الفصام ـ ذهان عقلي ـ مرض عقلي
Screening Interview مقابلة بهدف الفرز والتشخيص
Self - analysis منهج التحليل الذاتي
Self - concept مفهوم الذات
Self zgocenterism التمركز حول الذات
Self - Control الضبط الذاتي
Self - theory نظرية الذات
Semi - Interquartile Range نصف المدى الربيعي
Sensation الإحساس
Sensoty Discrimination التمييز الحسي
Sensory Nerves الأعصاب الحسية
Sexual Glancls الغدد الجنسية
Short term memory الذاكرة القريبة المدى ـ قصيرة المدى
Shredout عقلية تقصيم أو تجزئة العمل
Simalarity factor (عامل) التشابه (في الإدراك الحسي)
Simple schizophrenia الفصام البسيط
Social Attitude الاتجاهات الاجتماعية
Social Experiments تجارب اجتماعية
Sociallization التنشئة الاجتماعية
Social Mobility الحراك الاجتماعي
Social Psychalogy علم النفس الاجتماعي
Sociatherapy العلاج الاجتماعي
المشي أثناء النوم ـ عرض من أعراض عصاب
الهستيريا Somnambulism الاستجابات النوعية ـ
Specific responses. المحددة
Specific training التدريب الخاص أو النوعي
Spinal Cord الحبل الشوكي
Spontaneous Behaviour السلوك التلقائي

Standard Deviation (SD)	الانحراف المعياري
	أحد مقاييس التشتت
Standard error	الخطأ المعياري
Standard Scores	الدرجات المعيارية
Standardization group	مجموعة التقنين
Standardized Inter view	مقابلة مقننة أو مقيدة
State Anxiety	حالة القلق
Statis lieal Psyochogy	علم النفس الأخصائي
Slation Experiments	تجارب المثيرات
Spor	الذهول
Sblimation	الإعلاء أو التسامي
Substitution	الأب البديل
Suggestion	الإيحاء
	الأنا الأعلى ـ الذات العليا. تقابل الضمير
Superego	الإخلاقي
Supportive Psy chotherapy	العلاج النفسي التدعيمي
Suppression	القمع
Sympathetic Nervoussystem	الجهاز العصبي السمبثاوي
Symbolization	الرمزية
Syndrome	زملة الأعراض

(T)

Tension	التوتر
Tests of Significance	مقاييس الدلالة
Thanatos	غريزة الموت
Therapeutic Interview	المقابلة العلاجية
Theoritical experiments	التجارب النظرية
Total Range	المدى
Trait Anxiety	سمة القلق
Traits	السمات

(U)

Unconscious life	الحياة اللاشعورية
Unconsciousness	اللاشعور ـ اللاوعي
Under conditioning	الاشراط الناقص
Undoing	الإلغاء (الإبطال)
Un safe actions	أفعال خاطئة ـ غير آمنة
Un safe conditions	ظروف خاطئة، غير أمنة

(V)

Vocational Guidance	التوجيه المهني
Vocqtional Rehabilitation	التأهيل المهني للعجزة وذوي العاهات
Vocational Retraining	إعادة التدريب المهني
Vocational Selection Occupational Selection	الاختيار المهني
Vocational Training	التدريب المهني

(W)

Will	الإرادة
Withdrawal	الانسحاب

قائمة بالمراجع

أحمد عزت راجح، أصول علم النفس، المكتب المصري الحديث، الإسكندرية، ١٩٥٩.

أحمد عكاشة، الطب النفسي المعاصر، مكتبة الأنجلو المصرية، القاهرة، ١٩٧٩.

عبد الرحمن العيسوي، العلاج النفسي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٩٤.

عبد الرحمن العيسوي، علم النفس الاجتماعي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٩٤.

عبد الرحمن العيسوي، سيكولوجية الإدمان وعلاجه، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٩٣.

عبد الرحمن العيسوي، الإسلام والتنمية البشرية، دار النهضة العربية، بيروت، ١٩٨٦.

عبد الرحمن العيسوي، علم النفس الأسري، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، ١٩٩٤.

عبد الرحمن العيسوي، الإرشاد النفسي. دار النهضة العربية، بيروت، ١٩٨٦.

عبد الرحمن العيسوي، أمراض العصر، دار المعرفة الجامعية الإسكندرية، ١٩٨٩.

عبد الرحمن العيسوي، علم النفس في المجال التربوي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية ١٩٩٤.

عبد الرحمن العيسوي، الإسلام والعلاج النفسي، دار النهضة العربية، بيروت، لبنان، ١٩٨٦.

عبد الرحمن العيسوي، اتجاهات جديدة في علم النفس الحديث، دار الكتب الجامعية، الإسكندرية، ١٩٨٦.

عبد الرحمن العيسوي، علم النفس الطبي، منشأة المعارف، الإسكندرية، ١٩٨٩.

عبد المنعم الحفني، موسوعة علم النفس، والتحليل النفس، مكتبة مدبولي، القاهرة، ١٩٧٨.

محمد ثابت الفندي، مع الفيلسوف، دار النهضة العربية، بيروت، ١٩٧٤.

دستور جمهورية مصر العربية، المطابع الأميرية، القاهرة.

قانون العقوبات المصري، المطابع الأميرية، القاهرة.

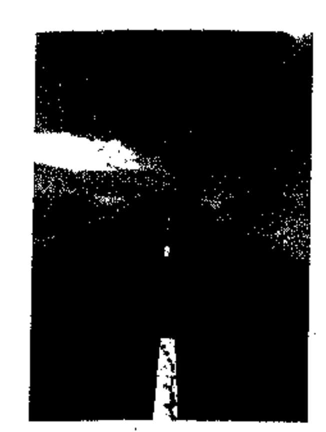
القانون رقم ١١٢ لسنة ١٩٦٣، المطابع الأميرية، القاهرة.

- Beach, H. A., changing Man's Bchaniour, a Palican Book, 1969.
- Bremmer, L. M., therapeutic Psychology, Prentice Hall، N. Jersey, p. 52. 1968.
- Coleman, J. C., Abnormal Psychology and Modern life, 2 nd. ed., scott, chicago, 1956.
- Drever, J., A., Dctionary of Psychology, Penguin Books, 1963 p. 110.
- Dure M. P., and Nourihi, S, Abnormal Psychology , H. R. W., CBS, Japan, 1986 p. 531.
- Franlei, M. F., Psychology andexistentialim, a Pelican Book, 1973.
- Gallatin, J., Abnormal Psychology, Concepts, issues trends, Macmillan, New York, 1982.
- Garfield, S and Bergih, A. E., Handbook of Psychology، therapy and Bchaviour change John wiley and sons, N. Y. 1986, p. 385.
- Guilford, J. P., Fields of Psychology, D van Nostrand, N. jersey, 1966, p. 255.
- Herfor, R. A., Psychanlysis and Psychotherapy Prentice Hall inc, U. S. A. 1960.

- Hilgard, F. R., Introduction to Psychology, Holt Rine Hart - Daivs, London, 1962. p. 532 - 533.
- London, P. and Rosenhan, P., (1968) Foundations of Abnormal Psychology, Neul Yorle, Rienchart and Wmstan, p. 581.
- Martin, B., Abnormal Psychology, Holt, Rine - Hart, N. Yorhe, 1980. p. 532.
- Sandford, F. H., Psychology, A scientific study of man waduroth, San Francsico, 1961. p. 45.

الفهرس





موسوعة كتب

علم النفس الحديث

الدكتور عبد الرحمن العيسوي
كلية الآداب - جامعة الإسكندرية

- العلاج السلوكى
- سيكولوجية المجرم
- الوعي السيكولوجي
- سيكولوجية الجسم والنفس
- سيكولوجية العمل والعمال
- سيكولوجية الإعاقة الجسمية والعقلية
  مع سبل العلاج والتأهيل
- أصول البحث السيكولوجي
- سيكولوجية التلوث
- الطريق إلى النبوغ العلمي
- مناهج البحث العلمي
  في الفكر الاسلامي والفكر الحديث

دار الراتب الجامعية
ص . ب 5229 - 19
بيروت ـ لبنان
تلفون 317169
313923
862480

009611
317169

ص . ب 19/5229